

Epidemiología en la era del desarrollo sostenible

María Cristina Cometto
Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga
Socorro Moyado Flores
Coordinadores



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



Universidad
Nacional
de Córdoba

EPIDEMIOLOGÍA EN LA ERA DEL DESARROLLO SOSTENIBLE

COORDINADORES

Dra. María Cristina Cometto
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga
Universidad de la Sierra Sur, México

Dra. Socorro Moyado Flores
Universidad de la Sierra Sur, México

EDITORA

Dra. María Cristina Cometto
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

A.A.V.V.,

Epidemiología en la era del desarrollo sostenible. -1ra. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba; Casa Editorial Analéctica; Arkho Ediciones; Red de Pensamiento Decolonial; Red CoPaLa 2021. (15.24 x 22.86 cm)

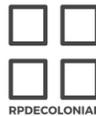
ISBN: 979-859-80-7203-5

Primera edición: Mayo de 2021, Buenos Aires: Casa Editorial Analéctica
DOI: 10.5281/zenodo.4767893

Distribución mundial

Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Nacional de Córdoba
Casa Editorial Analéctica – www.analectica.org

en Co-edición Internacional con Arkho Ediciones - Red de Pensamiento Decolonial – Red CoPaLa



Dirección Editorial: Juan Carlos Martínez Andrade
& Fernando Proto Gutierrez
Diagramación & Maquetación: Agustina Issa
Diseño de portada: Paola Mireles

Este libro ha sido dictaminado por pares académicos.
Acceso abierto para descarga gratuita

COORDINADORES DEL LIBRO

Dra. María Cristina Cometto
(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Dr. Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga
(Universidad de la Sierra Sur, México)

Dra. Socorro Moyado Flores
(Universidad de la Sierra Sur, México)

EDITORA

Dra. María Cristina Cometto
(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

COMITÉ CIENTÍFICO

Prof. Dr. Rogelio Pizzi
(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Prof. Dr. Gustavo Irico
(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Prof. Dra. Ruth Fernández
(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Prof. Dra. María Soledad Burrone
(Universidad de O'Higgins, Chile)

DE LOS REVISORES

Cada capítulo de este libro ha sido sometido a revisión y dictaminación por pares en un proceso doble ciego. Los pares revisores fueron:

Mtra. Nelly Victoria Gutiérrez Moguel
(Universidad de la Cañada, México)

Dra. Gabriela Narcizo de Lima
(El Colegio de la Frontera Norte, México)

Dra. Javiera Fanta Garrido
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Dra. María Alejandra Sánchez Bandala
(Universidad de la Sierra Sur, México)

Dra. Ana Cristina López
(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Dra. Natalia Tumas
(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Dra. Ruth Ana María González Villoria
(Universidad de la Sierra Sur, México)

Dr. José Carlos Suárez Herrera
(Kedge Business School, Francia)

COLABORADORES

Mónica Silvia Perfetti

(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Juan Carlos Martínez Andrade

(El Colegio de Tamaulipas, México)

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	10
PRÓLOGO.....	16
<i>Silvina Malvarez</i>	
CAPÍTULO I	20
Alimentación sostenible y saludable en la población infantil: acciones implementadas para asegurar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 Hambre Cero	
<i>Alejandra María Corona-Romero</i>	
<i>Elizabeth Hernández-Castellanos</i>	
CAPÍTULO II	48
Construyendo paisajes creativos. Propuesta didáctica del cuidado ambiental para escuelas de educación especial básica	
<i>Nubia Cortés Márquez</i>	
CAPÍTULO III.....	77
Las mujeres y el trabajo informal: un análisis desde las brechas de género, para el Área Metropolitana Centro Occidente (AMCO)	
<i>Jhon Jairo Marin Restrepo</i>	
<i>Sebastián Francisco Valencia Cardona</i>	

CAPÍTULO IV.....	105
Padres adolescentes: conocimientos y prácticas sobre sexualidad y planificación familiar	
<i>María del Pilar Gómez-González</i>	
<i>Alexis Chávez-Díaz</i>	
<i>Carolina Gómez-González</i>	
CAPÍTULO V.....	132
Farmacoepidemiología: Una visión desde el bienestar, el desarrollo sostenible y la educación inclusiva	
<i>Flor Ángela Tobón Marulanda</i>	
<i>Luis Alirio López Giraldo</i>	
<i>Rubén Nanclares</i>	
CAPÍTULO VI.....	155
Cáncer de Pulmón en México: insumos para el diseño de estrategias preventivas hacia la sustentabilidad del sistema de salud	
<i>José Luis Manzanares Rivera</i>	
CAPÍTULO VII.....	179
Alianzas estratégicas en salud global: perspectivas innovadoras para una Epidemiología del Desarrollo Sostenible	
<i>José Carlos Suárez-Herrera</i>	
<i>Zulmira M. Araújo Hartz</i>	
<i>Marly Marques Da Cruz</i>	

CAPÍTULO VIII.....	215
La desigualdad social y su atribución en la salud.	
La interseccionalidad como alternativa analítica	
<i>Edgar Ulises Osorio Guzmán</i>	
<i>Ana María González-Villoria</i>	
DE LOS COORDINADORES.....	238
DE LOS AUTORES.....	239

PRESENTACIÓN

El presente libro nace con el objetivo de aportar a la discusión sobre los retos que el estudio de la Epidemiología tiene en un contexto global en el que 193 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas, acordaron “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (1), como un plan de acción en favor de las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas, mismo que entró en vigor el primer día de enero de 2016.

La Epidemiología en su origen, se concibió como una rama de las ciencias médicas para tratar epidemias, o controlar enfermedades epidémicas sumamente infecciosas (cólera, peste, viruela, y más) y, con el tiempo, ha contribuido también a controlar enfermedades no transmisibles como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos genéticos, entre otras. Su comprensión ha permitido intervenir antes de que se declare la enfermedad, es decir, sonar alarmas previo a que sea demasiado tarde y, ayudar a los altos funcionarios a formular estrategias para su solución (2).

No obstante, el avance progresivo del concepto de salud, ha permitido pasar de no sólo la prevención de enfermedades infecciosas y no transmisibles, a considerar a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social integro. Más recientemente, la salud se inscribe como un derecho humano, cuyo enfoque implica la no discriminación, la disponibilidad de los bienes y servicios públicos de salud, así como la accesibilidad, calidad, universalidad y rendición de cuentas (3), en un medio ambiente sano.

Antecede que, en el año 1992, Naciones Unidas emitió en Rio de Janeiro la Declaración sobre Ambiente y Desarrollo, el principio I° estableció que “Los seres humanos están en el centro de las preocupaciones por el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”.

Es en estas transformaciones que la disciplina de la Epidemiología tiene como reto para aportar respecto de los avances y cumpli-

miento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), relacionados con la salud, el fin de la pobreza, el fin al hambre, la seguridad alimentaria, la educación, la igualdad de género, entre otros, que fueron acordados por los Jefes de Estado y de Gobierno y Altos Representantes en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York del 25 al 27 de septiembre de 2015.

Cada ODS tiene metas específicas que deben alcanzarse en el año 2030, donde la salud es una temática transversal que está contemplada en al menos 9 de los 17 Objetivos. Esto implica que el desarrollo sostenible no es posible de alcanzar cuando aún prevalecen las condiciones de desigualdad e inequidad en salud, o cuando hay una alta prevalencia de enfermedades debilitantes. Esto lleva a un efecto circular en donde la salud de la población no se puede mantener sin un desarrollo sostenible; y al mismo tiempo el desarrollo no es posible de alcanzar si la población no tiene las condiciones sanitarias que se necesitan para alcanzar el desarrollo.

En el año 2017, Jeffrey Sachs (4) propuso que la mejora de la salud de la población es uno de los logros más importantes de la vida moderna y uno de los mayores desafíos de la próxima generación. La centralidad de la salud para el bienestar se expresa en el reconocimiento global de la salud como un derecho humano básico y en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Aquí es donde la epidemiología se posiciona en el centro de este gran objetivo, lo que representa una gran oportunidad para resaltar el rol de la epidemiología en la medición y el monitoreo de los avances en salud de los ODS. En el año 2020 se cumplen los primeros 5 años de la puesta en marcha de los ODS y sus respectivas metas. Esto, también representa una buena oportunidad para medir los avances en salud en el marco de los ODS.

Por su parte, en el año 2018, Michael Marmot (5) expresó que la equidad en salud está implícita en el principio general de los ODS de no dejar a nadie atrás y el imperativo moral implícito de la justicia social. La equidad en salud, según lo descrito por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CSDH) de la OMS, es la ausencia de desigualdades en salud que se pueden evitar por medios razona-

bles.

En la era del Desarrollo Sostenible, es necesario pensar en una nueva Epidemiología donde los aportes metodológicos de esta disciplina deben estar al centro de las acciones de medición y monitoreo de los avances de la Agenda 2030 en los países de América Latina y El Caribe. Es así que el contenido de la presente obra se desarrolla en ocho capítulos siguientes:

En el capítulo 1, las autoras Alejandra María Corona-Romero y Elizabeth Hernández-Castellanos realizan un análisis de las acciones implementadas para asegurar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 Hambre Cero, como así también, su impacto en la salud, como derecho humano básico. Las autoras reflexionan sobre la producción alimentaria mundial, la situación de inseguridad alimentaria actual y su impacto sobre la alimentación materno-infantil, así como presentar las acciones que se han tomado para cuidar la alimentación de esta diada en América Latina y el Caribe; finalmente concluyen proponiendo acciones posibles para abordar el objetivo Hambre Cero.

En el capítulo 2, la autora Nubia Cortés Márquez describe y narra nuevas nociones y experiencias para mantener un huerto-jardín como un medio que permite el reconocimiento sobre las acciones necesarias para sostener el espacio más inmediato, a partir del temario oficial de la Secretaría de Educación Pública de México. La autora propone actividades en aula con materiales diversos para diferentes tipos de personas ciegas, personas sordas y personas con problemas motrices.

En el capítulo 3, los autores Jhon Jairo Marin Restrepo y Sebastián Francisco Valencia Cardona abordan los ODS 5 y 10, “igualdad de género” y “reducción de las desigualdades”, respectivamente, para poner en contexto la distancia existente en el acceso, el disfrute, la participación y el control de los recursos, servicios, oportunidades o beneficios sociales entre mujeres y hombres en Colombia. Los autores resaltan que el trabajo informal genera una serie de situaciones que van en contra de los derechos de los trabajadores, como por ejemplo el no acceso al sistema de seguridad social y condiciones laborales no acordes con los lineamientos del trabajo decen-

te, entre otras situaciones.

En el capítulo 4, los autores María del Pilar Gómez-González, Alexis Chávez-Díaz y Carolina Gómez-González exploran las relaciones entre la educación y acceso a la salud sexual y reproductiva, contemplado en los Objetivos de Desarrollo-Sostenible. Los autores plantean la universalidad y empoderamiento como eje articulador para lograr la igualdad de género, con énfasis en la perspectiva de la mujer, sin embargo, desde la Conferencia del Cairo del año 1994. En su estudio cualitativo evidencian que la masculinidad hegemónica determina los conocimientos y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva, a través de la cual se legitiman estereotipos que generan barreras a los hombres, así como desigualdades entre la pareja con respecto a la toma de decisiones, que a su vez se refleja en la construcción del riesgo que lleva a la adopción de comportamientos que aumentan la vulnerabilidad de esta población.

En el capítulo 5, los autores Flor Ángela Tobón Marulanda, Luis Alirio López Giraldo y Rubén Nanclares plantean una reflexión teórica desde la farmacoepidemiología asociada a la farmacoseguridad y la vigilancia farmacológica como estrategias de la enseñanza de los riesgos probables, como eventos adversos medicamentosos, reacciones adversas medicamentosas o problemas relacionados, entre otros, por el uso de un medicamento.

En el capítulo 6, el autor José Luis Manzanares Rivera analiza la evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón para los 32 estados del territorio mexicano en el período de 1998 a 2017. El autor evidencia una reducción de la tasa de mortalidad por Cáncer entre el periodo previo a la implementación de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) y la trayectoria observada en el periodo posterior, entre 2008 y 2017. Este insumo se considera de importancia en el proceso de planeación de las instituciones de salud en línea con las acciones comprometidas por el programa integral de prevención y control del cáncer en México.

En el capítulo 7, los autores José Carlos Suárez-Herrera, Zulmira M. Araújo Hartz y Marly Marques Da Cruz nos ofrecen una reflexión teórica que pone sobre la mesa a los desafíos actuales en

materia de salud global, las políticas internacionales de salud pública propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las alianzas estratégicas en salud, a partir del ODS 17 “Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible”.

En el capítulo 8, los autores Edgar Ulises Osorio Guzmán y Ana María González-Villoria, desde el enfoque de la interseccionalidad planteado por Kimberlé Crenshaw, nos relatan que mientras que la mayor parte de los estudios de salud pública analiza y explica las enfermedades desde el plano biomédico, las disciplinas sociales introducen en la ecuación interpretativa de la salud, elementos dispares pero igualmente concurrentes. Los autores concluyen que la desigualdad social no es una condición natural, sino la consecuencia de un diseño político deliberado.

Coordinadores

*María Cristina Cometto,
Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga
y Socorro Moyado Flores*

Referencias bibliográficas

1. ONU, Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Asamblea General, disponible en: https://www.equidad.org.mx/pdf/2_Agenda%202030%20Desarrollo%20Sostenible.pdf
2. OPS. La epidemiología y el futuro de la salud mundial. Boletín Epidemiológico. Vol. 11, No. 4, 1990, disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32596/8395.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. OMS, Salud y Derechos Humanos, 29 de diciembre de 2017, Organización Mundial de la Salud, disponible en: <https://www.who.int/es/news->

room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

4. Sachs J. Epidemiology in the age of sustainable development. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2017 Apr 20;46(1):2–3. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyx003>
5. Marmot M, Bell R. The Sustainable Development Goals and Health Equity. *Epidemiology* [Internet]. 2018;29(1). Available from: https://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2018/01000/The_Sustainable_Development_Goals_and_Health.2.aspx

PRÓLOGO

Esta obra que tengo el privilegio de prologar, analiza uno de los temas más relevantes de la salud pública actual, el cual es la determinación social de la salud y su relación con el desarrollo. Aparece en momentos en que la humanidad enfrenta el inesperado, expandido y grave acontecimiento de la pandemia de COVID-19 en que la información epidemiológica, en sí misma, se constituye en insumo crítico para el afrontamiento del proceso global.

Como se ha expuesto, el lector encontrará en estas páginas, un conjunto de ocho capítulos sin pretensión de articulación, aunque trazados por el hilo conductor del *desarrollo sostenible* y la *salud humana*, y por la novedosa precedencia del concepto de *epidemiología*, que agrega y destaca el peso específico y lugar del conocimiento, en el desarrollo de esta política mundialmente adoptada hacia el 2030.

Los capítulos debaten temas como alimentación y ambiente sostenibles, género, sexualidad, educación y prevención del cáncer aportando riqueza a los importantes objetos de estudio e intervención de los ODS y, de manera destacada, dos potentes análisis finales sobre alianzas estratégicas para la salud y la cuestión de la desigualdad social como limitante crítico del desarrollo sostenible.

Investigadores, revisores y editores de México, Colombia, Francia, Argentina, Brasil y Portugal comprometieron su alta calidad científica en este esfuerzo, enriquecido por la multiplicidad y diversidad de ramas de la ciencia de las que provienen, entre ellas nutrición, salud pública, pedagogía, antropología, sociología, comercio internacional, psicología, química, farmacología, ecología, medicina y enfermería.

La obra se sitúa pues en un lugar de *interdisciplinabilidad* en la convicción de la multicausalidad de la salud-enfermedad, de *internacionalidad* en la comprensión de las implicancias de la globalización en salud y de *interseccionalidad* para discurrir en la complejidad de la desigualdad, la discriminación y las inequidades en el

mundo.

El *desarrollo sostenible* es aquel capaz de satisfacer necesidades actuales sin comprometer recursos y posibilidades futuras, concepto de gran notoriedad actual en el lenguaje político, económico y social. La *falla en el desarrollo sostenible* tiene impacto directo y pleno en el ser humano, en su salud y en la vida de las sociedades. Su importancia radica en la propuesta de velar por el mejoramiento de la vida humana y el respeto y cuidado de la naturaleza, utilizando solo los recursos naturales necesarios.

Los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* fueron anunciados por la ONU (2015) en seguimiento a los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (2000), después de una serie de cumbres y resoluciones mundiales en favor del medio ambiente con relación a la salud y el bienestar humanos. Un insumo técnico-político principal y sus evidencias concurrentes, estuvo constituido por la adopción mundial de los *determinantes sociales de la salud*, incluidos en el ODS 3 sobre la salud y el bienestar humanos.

Las *inequidades y la determinación social de la salud* atraviesan una historia de luchas, ciencia, economía, poder y sufrimiento humano que inicia a principios del 1800, se amplía hacia fines del siglo con el advenimiento de la salud pública y se consolida en 1948 con la creación de la Organización Mundial de la Salud. El preámbulo de su constitución -que excede con creces la conocida definición de salud- incluye y caracteriza el alcance de la dimensión social con sorprendente amplitud.

Las décadas de los '60 y '70 ven emerger la *medicina social* y la *salud colectiva* sosteniendo que las condiciones sociales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. Y la *Declaración de Alma Ata* (OMS 1978) confirma este pensamiento mundial.

Sin embargo, aún con múltiples avances, no es sino hasta 2005 que la OMS forma la *Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud* con el mandato de acopiar información que inspire la adopción de medidas sobre los determinantes sociales de la salud para reducir las inequidades sanitarias, entendiendo que las inequi-

dades constituyen las *diferencias innecesarias, evitables, inequitativas e injustas en la salud de las poblaciones debido a razones sociales, económicas, demográficas o geográficas, razones que es posible prevenir y remediar a través de políticas sociales y sanitarias.*

Integrada por 20 miembros de diferentes países y presidida por el Prof. Sir Michael Marmot, la Comisión movilizó una red mundial de instituciones, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la OMS reunió para estudiar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables. Tres años de acopio de conocimiento y datos condujeron a la presentación del informe final el 28 de agosto de 2008 -*Subsanar las desigualdades en una generación*- demostrando que las pobres condiciones de vida, las desigualdades de poder, dinero y recursos y la falta de información y conocimientos eran las razones convergentes de la enfermedad y la muerte y definiendo recomendaciones mundiales al respecto.

Lo que particularmente impresiona de esta historia es cuántos siglos de ciencia y lucha social hubieron de transcurrir para oponer al modelo biomédico / físico-natural de comprensión y atención de la enfermedad, este complejo e integral concepto de salud. Alienta sentir que lo estamos logrando!

Por su parte, *la epidemiología*, como su nombre lo indica, se define por un sentido poblacional que desde sus principios la ubican en el campo de estudio de lo social. La epidemiología reconoce su origen en la idea de Hipócrates de hace más de 2000 años que afirma que los factores ambientales influyen en la aparición de enfermedades. Aunque no es sino hasta el siglo XIX en que se inician estudios poblacionales sobre las enfermedades con John Snow que muestra la relación entre factores físico naturales, psicológicos y políticos con la pérdida de la salud. Los estudios epidemiológicos se amplían a inicios del siglo XX y toman su definitiva orientación social con la generación de estudios que relacionan las ciencias sociales con la salud a mediados de siglo. Allí la epidemiología adquiere condición social y amplía y diversifica el estudio de la distribución, caracterización de procesos sociales asociados a la pérdida y el mantenimiento de la salud.

Así pues, en el contexto de los ODS, esta obra, *Epidemiología del desarrollo sostenible*, cumple con una triple contribución al pensamiento en salud pública: permite indagar en el concepto de salud-enfermedad entendida como consecuencia de las desigualdades e inequidad, pero también entendida como indicador y determinante del desarrollo humano, social y ambiental; en segundo lugar, constituye un aporte adicional a las producción de evidencias y debates sobre la determinación social de la salud y el desarrollo sostenible; y por último representa una oportunidad de aprendizaje hacia al futuro para ordenar el camino por donde transitar los desafíos de la complejidad científica, técnica, ética y política en favor de más y mejor salud y desarrollo para todos.

Esperamos que esta obra avive y enriquezca el debate sobre el complejo campo de la epidemiología contemporánea e ilumine nuevos estudios sobre el tema de la salud y el desarrollo.

Silvina Malvárez

CAPÍTULO I

Alimentación sostenible y saludable en la población infantil

*Acciones implementadas para asegurar el Objetivo de
Desarrollo Sostenible 2 Hambre Cero*

ALEJANDRA MARÍA CORONA-ROMERO
ELIZABETH HERNÁNDEZ-CASTELLANOS

Resumen

En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 2: Hambre Cero, este capítulo pone al centro la alimentación saludable para el hombre y para el planeta, así como su impacto en la salud, como derecho humano básico. De no tomar acciones globales sobre el sistema alimentario la niñez recibirá como herencia un planeta severamente dañado, donde cada vez más personas sufrirán las distintas formas de la malnutrición y desarrollarán enfermedades prevenibles mediante el estilo de vida. En el presente capítulo se aborda la paradoja de la seguridad alimentaria; mientras que la producción alimentaria global mantiene un ritmo creciente, capaz de cubrir las necesidades energéticas de la población, millones de personas sufren por falta de alimento suficiente y cada vez es más frecuente observar el consumo de dietas de baja calidad nutrimental, así como dietas energéticamente excesivas, evidenciando todo el espectro de malnutrición. La humanidad encara un reto inmenso; proveer dietas saludables provenientes de un sistema alimentario sostenible, adecuadas para cada etapa de la vida; en especial a la diada madre-hijo, ya que la alimentación materna programará la salud del feto en desarrollo. Se ha documentado que los primeros 1000 días de vida son una ventana de oportunidad única para la salud en la vida adulta. Entonces, el desafío del Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 es plantear estrategias que protejan la salud madre-hijo, desde una perspectiva ali-

mentaria, que sean coherentes con una alimentación sostenible y sustentable para el planeta. Por tanto, el objetivo de este capítulo es reflexionar sobre la producción alimentaria mundial, la situación de inseguridad alimentaria actual y su impacto sobre la alimentación materno-infantil, así como presentar las acciones que se han tomado para cuidar la alimentación de esta diada en América Latina y el Caribe, y finalmente concluye proponiendo acciones necesarias para abordar el objetivo Hambre Cero.

Palabras clave: Objetivos de Desarrollo Sostenible, alimentación sustentable, producción de alimentos, alimentación infantil, políticas públicas.

Introducción

La región de América Latina y el Caribe (ALC) no es la más pobre a nivel mundial, pero es la que mayor desigualdad presenta debido a las brechas de género, disparidades territoriales y el impacto ambiental desproporcionado respecto a países con mayor ingreso (1). Este capítulo reúne información sobre el estado de seguridad alimentaria (SA) y nutrición a nivel mundial y en ALC en el marco de la agenda para el desarrollo sostenible 2030, en torno al Objetivo de Desarrollo Sostenible número 2 (ODS 2): Hambre Cero.

A nivel mundial se produce suficiente cantidad de alimentos para satisfacer las necesidades de la totalidad de su población, cumpliendo con los requerimientos calóricos de cada uno de ellos; si hubiese una distribución equitativa de los recursos. Aunado a esto, un porcentaje de la producción agrícola está destinada a forraje para sustento de ganado y, otro porcentaje de la producción total de alimentos se desperdicia en los diferentes procesos de producción, distribución y venta de estos. Al equiparar la pérdida y desperdicio de recursos alimenticios con el consumo humano, en total la “pérdida” de estos equivale del 10 al 30% de las necesidades nutrimentales de la población a nivel mundial en un año (2). No hay que perder de vista que, si bien, cumplir con las necesidades nutrimentales de la población es importante, llevarlo a cabo bajo un modelo sustentable

con el planeta es imperativo.

En una época que pide un cambio de paradigma de producción, continuar con este modelo no es una opción viable para el planeta ni para las sociedades (1). Por tanto, *el ODS número 2, Hambre Cero: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible*, se centra en el alcance de indicadores relacionados a mejorar la calidad de vida de los campesinos, al mismo tiempo que se comienza una migración a sistemas productivos más sustentables que reduzcan el impacto ambiental y sus consecuencias como sequías e inundaciones debido al cambio climático (1).

Por otro lado, la humanidad encara un reto inmenso y que impactará no solo en la salud de la población sino en el futuro cercano del planeta; proveer dietas saludables provenientes de un sistema alimentario sostenible, adecuadas para cada etapa de la vida. Debido a la importancia en el desarrollo de un país, y en el marco de la triple carga de malnutrición (desnutrición, hambre oculta -en referencia a la deficiencia de micro nutrientes- y sobrepeso) (3), los esfuerzos deberán estar enfocados en priorizar la alimentación saludable de la diada madre-hijo, considerando que la salud materna e infantil durante los primeros 1000 días de vida son determinantes de la salud pública de generaciones por venir (4).

Si bien cada país dispone de diferentes enfoques, visiones de futuro, modelos e instrumentos para lograr el desarrollo sostenible en función de sus circunstancias y prioridades, alcanzar el ODS 2 permitirá que los seres humanos gocen de derechos básicos y fundamentales, como es el derecho a la alimentación y a la salud, la educación y el trabajo (5).

Entonces, en este capítulo se presentan algunas definiciones y datos relevantes para comprender la problemática de la triple carga de malnutrición la diada madre-hijo en el contexto de un sistema alimentario frágil y poco sostenible, así como propuestas y mecanismos de intervención a nivel macro y micro, centradas en el derecho humano a la alimentación.

Producción de alimentos

La producción de alimentos puede estudiarse desde diferentes perspectivas, económica, agroecológica, tecnológica, nutricional, política, etc. En este capítulo se describirá la producción de alimentos desde un posicionamiento de nutrición, sustentabilidad, seguridad alimentaria y de salud, debido a su estrecha relación con el desarrollo de los países.

La producción de alimentos forma parte de un sistema que incluye a todos los elementos y actividades desde la producción, distribución, venta, consumo y desperdicio de alimentos; y está compuesto por tres puntos clave: 1) la cadena de suministro de alimentos, que engloba desde la producción, hasta el consumo; 2) los entornos alimentarios, que incluyen aspectos económicos, de legislación, de acceso a los alimentos, culturales, incluso, aspectos como la publicidad de alimentos y finalmente, 3) el comportamiento de los consumidores, que se ve influenciado por la familia, la cultura en la que viven, las preferencias personales, el sexo y la edad, por mencionar algunos (Imagen 1) (3,6). Este sistema es parte fundamental de la vida humana; ya que provee de energía y nutrientes, pero también proporciona una base para el desarrollo social y económico de las poblaciones.



Imagen 1. Sistema alimentario: descripción gráfica de los puntos clave (3,6)

El sistema alimentario y, por ende, la producción de alimentos depende en gran medida del comportamiento de los consumidores. Los hábitos de consumo de alimentos se han modificado drásticamente en el último siglo, en especial a partir de los años de postguerra (7); con una transición de un sistema alimentario tradicional, en donde las cadenas de producción se centraban en la agricultura y producción local (cadenas de producción corta), a un sistema alimentario moderno, altamente globalizado, con cadenas de producción de distancias largas, vidas de anaquel más prolongadas y mayor industrialización de alimentos, incrementando el aporte de energía, grasas saturadas y sodio (6,8). Este último sistema alimentario se ha relacionado con la triple carga de la malnutrición antes descrita (6). Adicionalmente, se predice que el sistema alimentario mundial, con una producción de alimentos a gran escala, un consumo y desperdicios excesivos, no es sostenible, ya que generan una importante degradación ambiental, ocasionando graves daños al planeta.

Independientemente del modelo del sistema alimentario, es importante diseñar e implementar estrategias y políticas para cada contexto, y potenciar así los efectos positivos y minimizar los negativos, por ejemplo, estimular las cadenas de producción cortas, ya que son económica y nutricionalmente sostenibles, así como promover políticas que favorezcan etiquetados nutricionales claros, que regulen la publicidad de alimentos poco saludables y promuevan el acceso a alimentos nutritivos. El objetivo final debe ser alcanzar un sistema alimentario sostenible, definido por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) (9) como:

“Un sistema alimentario que garantiza la seguridad alimentaria y la nutrición para todas las personas de tal forma que no se pongan en riesgo las bases económicas, sociales y ambientales que permiten proporcionar seguridad alimentaria y nutrición a las generaciones futuras”.

Producción global de alimentos

Por otro lado, los sistemas de producción tienen un efecto directo en la dieta de las personas, e indirectamente en su estado nutricional y de salud, por lo que es necesario conocer las tendencias de producción global de alimentos, lo que contribuirá a tener mayor claridad en las líneas de acción para mejorar la salud de la población, a través de una buena alimentación.

En lo que respecta a la producción de alimentos, el maíz, el trigo y el arroz representan más de la mitad de la producción agrícola mundial, y sumado con la producción de caña de azúcar, soja y palma aceitera, representan los seis monocultivos dominantes en el planeta; limitando la diversidad de alimentos para consumo humano, y con ello, su aporte nutrimental global (6,10,11). Sin embargo, la mitad de la producción mundial de cereales se utiliza para producir pienso para alimentar al ganado y así producir más carne. El aporte calórico de los cereales, invertido en la alimentación del ganado, podría alimentar a casi 3500 millones de personas por un año (12). El monocultivo intensivo, si bien representa una fuente de empleo y una herramienta para disminuir el hambre a nivel mundial, pone en riesgo, por una parte, la economía de agricultores pequeños, y por otra la biodiversidad de los ecosistemas (6,12). Lo anterior, considerando que gran parte de los productos destinados a monocultivos utilizan Organismos Genéticamente Modificados (GMO, por sus siglas en inglés) (12). El efecto de los GMO, tanto en la salud del individuo como en el ambiente, aún es controversial (13).

Dependiendo del tipo de alimento, será el uso de recursos que se consuman en su cadena de suministros (agua o tierra, por mencionar algunos), así como el impacto global en el ambiente (en el efecto invernadero, por ejemplo) (6). No es sostenible mantener un sistema alimentario mundial en donde exista una producción industrial, en especial de monocultivos. La evidencia señala que la producción a pequeña escala, ya sea de productos agrícolas o de origen animal, como carne, productos lácteos o pescado, contribuye al abastecimiento nacional, además que reduce la sobreexplotación de los re-

cursos (14).

El sistema alimentario ideal, entre otras cosas, debe proporcionar alimentos suficientes y asequibles, para cubrir los requerimientos de la población. Sin embargo, hogares en países con ingresos bajos como Nigeria, Kenia y Camerún, gastan más del 40% de sus ingresos domésticos en alimentos, impactando directamente en el bienestar de la población (6), reflejando la vulnerabilidad del sistema alimentario actual y la necesidad de enfocar la producción de alimentos hacia productos más asequibles, obtenidos en su mayoría por agricultores locales, lo que fortalecería la economía de la región.

Producción de alimentos en Latinoamérica

América Latina y el Caribe es por excelencia una región productora y exportadora de alimentos, abastece el 13% del comercio mundial agrícola (8). Entre los productos agrícolas que se siembran para exportación destacan el trigo, quinoa (quinua), azúcar, bananos (plátanos), aceite de palma y de soya, café, cacao y maíz; estos productos tienen fines tanto alimenticios para humanos y animales, como biocombustibles (6,8,15). No obstante, desde mediados de los noventa, Asia, Europa y Estados Unidos incrementaron la producción de alimentos como trigo, maíz, azúcar y aceites, convirtiéndose rápidamente en exportadores, afectando directamente el costo de los alimentos y con ello, la capacidad exportadora de alimentos de ALC. Este cambio en la producción global de alimentos tiene efectos en la economía de los países latinoamericanos predominantemente exportadores, como México, Brasil y Guatemala, ya que disminuye su capacidad de desarrollo, observándose también un efecto negativo en la seguridad alimentaria dentro de los países (16).

La región de ALC tiene la capacidad de producir alimentos a gran escala, en parte por la cantidad de tierra disponible que puede ser utilizada para cultivos, y por contar con suficientes recursos naturales para la producción, como es el agua (6). Esto ha propiciado el incremento en la inversión extranjera, trayendo consigo grandes monopolios, intensificando el uso de la tierra, fertilizantes y biotecnología (8). La contradicción de esta situación es que, el incremento en el

uso de tierra para agricultura ha tenido efectos negativos en las poblaciones más vulnerables, como población indígena o pueblos originarios, al reportarse despojos de tierra, así como violaciones de los derechos humanos de los trabajadores de campo (8).

Seguridad alimentaria

Desde el año 1996 en la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial, se manifiesta la voluntad política de 185 países y numerosas instituciones para generar estrategias colaborativas de erradicación de la pobreza, el hambre y la desnutrición (17). Dicho documento habla de la igualdad de género y el papel de las mujeres especialmente en el entorno rural en la alimentación de las familias, la garantía del cumplimiento de los derechos humanos fundamentales y el desarrollo de sistemas de producción alimentaria sostenibles para lograr la seguridad alimentaria global, definida de la siguiente manera (17).

“Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a sus alimentos para llevar una vida activa y sana”
FAO, 1996.

Las circunstancias cambiantes del mundo actual, inestabilidad social y política, conflicto en aumento y la desaceleración en las economías mundiales, adicional a las crecientes brechas de desigualdad han frenado el progreso de la lucha contra el hambre, con dos mil millones de habitantes del mundo en inseguridad alimentaria (IA) moderada o grave en 2019 (15).

Contexto de la seguridad alimentaria global

El reporte del estado de SA y nutrición en el mundo 2019 muestra el gran compromiso que representa cumplir el ODS 2, en

2030 ya que más de 820 millones de personas en el mundo padecen hambre, lo cual acarrea todo un espectro de malnutrición y consecuencias en salud (18), en especial en niños y mujeres embarazadas. El combate a la IA se encuentra indirectamente en todos los ODS de la agenda 2030, pero los indicadores meta están descritos en el ODS 2 (19).

De acuerdo con dicho reporte, si se sigue como hasta ahora a nivel mundial no se llegará a la meta propuesta para 2030, sobre disminuir a la mitad el retraso en el crecimiento en niños menores de cinco años, ya que aún existen 149 millones de menores en esta condición, cifra que ha disminuido 10% en los últimos seis años, a pesar de esto el avance es lento (15). Además, una creciente preocupación en salud pública es el aumento del sobrepeso y la obesidad en todas las regiones del mundo, a nivel mundial más de 380 millones de niños menores de 19 años y más del 50% de la población adulta viven con sobrepeso y obesidad (15,20). Por otra parte en 2015, uno de cada siete recién nacidos presentaron bajo peso al nacer y gran parte de ellos fueron producto de un embarazo adolescente, cabe señalar que esta cifra de bajo peso al nacer no ha disminuido desde 2012 (15). Adicional a esto es importante tomar en consideración que la reciente pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) tendrá efectos económicos y sociales impredecibles a todos los niveles, con su respectiva repercusión en el estado de SA, reflejados con determinados matices y nivel de gravedad de acuerdo a las características propias de cada región (21).

Por otra parte, es común relacionar la IA grave con “hambre”, sin embargo las personas que viven en situación de IA moderada a nivel mundial (17.2%) también viven con falta de certeza sobre la capacidad de conseguir alimento en el futuro y por tanto, se han visto obligados a aceptar alimentos en menor cantidad o calidad que la deseable (15). La prevalencia mundial combinada de IA moderada y grave en el mundo asciende a 26.4% (15). La gravedad de esta situación radica en que, una alimentación adecuada, no sólo debe cumplir con los requerimientos energéticos o de macro y micronutrientes, también debe ser culturalmente adecuada e inocua, por mencionar

algunas características.

Entonces, el reporte del estado de la SA y nutrición en el mundo 2019 manifiesta inquietudes importantes sobre el logro de los indicadores del ODS 2, debido a que la IA no es únicamente la presencia de subalimentación o hambre, sino que abarca aspectos relacionados a calidad (inocuidad) y preferencias alimentarias que permitan tener una vida sana (22). A pesar de que el nivel mundial de subalimentación se ha mantenido estable de 2016 al reporte global 2019, el número absoluto de personas en esta condición sigue en aumento, especialmente en áreas pertenecientes a África, más acentuado en regiones subsaharianas (hasta 22.8%), ALC y Asia meridional, donde ronda 15% (15).

Contexto de la seguridad alimentaria en Latinoamérica y el Caribe

Al comparar la situación nutricional en ALC respecto al resto del mundo, los datos parecen no ser más alentadores. Por una parte, el sobrepeso afecta a más del 50% de la población de cada país de la región, con excepción de Haití (38.5%), Paraguay (48.5%) y Nicaragua (49.4%), siendo Chile, México y Haití los países con las prevalencias más altas (23). Mientras tanto, los problemas carenciales han presentado una disminución notable, no obstante continúan presentes en las regiones más pobres de ALC, y en particular a su población infantil, afectando a más de 5.1 millones de niños menores de cinco años con desnutrición crónica, siendo Guatemala y Ecuador los países con las tasas más altas (23). Estos datos evidencian la existencia de triple carga de malnutrición y la necesidad imperativa de combatirla. Adicional a la preocupación concerniente a la IA global, existe una brecha de género por cubrir, debido a que en todo el mundo, pero de manera más marcada en ALC, la IA es mayor en mujeres que en hombres (15).

La región de ALC se incorporó a la lucha por los objetivos del milenio (ODM) al inicio de la década de los 90s con 14.7% de población en situación de hambre, cifra que disminuyó a 5.5% para

2016 (24). El Plan para la Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) 2025, se convirtió en uno de los mayores esfuerzos colaborativos para lograr estos objetivos a través de políticas públicas estructurales, programas de transferencias condicionadas (PTC), de alimentos escolares y apoyo para el campo y el trabajo, por mencionar algunos (24).

Otro importante programa con objetivos similares fue la iniciativa América Latina y Caribe sin Hambre (IALCSH), que propone erradicar el hambre para el 2025, y con este ambicioso fin se han sumado a las filas diversos estados con programas como el acuerdo de Cooperación Mesoamérica sin Hambre, el Plan Hugo Chávez Frías de Erradicación del Hambre y la Pobreza en los países de la Alianza Bolivariana de los pueblos de nuestra América (ALBA) y Petrocaribe, Brasil sin Miseria, la Cruzada Nacional México sin Hambre (24), entre los más destacados.

No obstante estos avances, es necesario desagregar por subregiones y países para poder tomar acciones urgentes en lo particular, ya que la mayor parte de personas subalimentadas proviene de América del Sur y 75% de las personas con hambre en el Caribe provienen de Haití (24). Por otra parte en México, siete de cada diez personas (69.5%) reportan algún grado de IA (25), adicionalmente y de manera contrastante, este país lleva la delantera respecto al otro extremo de la carga de la malnutrición, ya que tres de cada 10 escolares y siete de cada 10 adultos mexicanos viven con sobrepeso u obesidad (26).

De los 17 países de ALC que han logrado los indicadores propuestos en el combate contra la IA, nueve de ellos tienen menos de 5% de población con subalimentación: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela (24). Mientras tanto, Honduras, Paraguay, Ecuador, y Trinidad y Tobago, en ese orden, registran niveles significativos de avance en estas metas. El único país que ha mostrado un retroceso con niveles ligeramente superiores a los del trienio 1990-92, es Guatemala (24).

Mientras la mayoría de la región de ALC ha mostrado avances importantes en el camino de la lucha para la erradicación del hambre, este no deja de ser un tema relevante ya que un porcentaje menor a 5% puede representar un número enorme de habitantes, especialmente en aquellos países con grandes poblaciones, de ahí que las estrategias no deben detenerse ni dejar de actualizarse con sus distintas particularidades a la medida en los 33 países que componen la región (24).

Alimentación en los primeros 1000 días de vida y su impacto en salud pública

Como se mencionó previamente, la diada madre-hijo representa una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad, por lo que las acciones de salud deberían enfocarse a la prevención primaria, además de involucrar aspectos educativos y de sustentabilidad.

Se conoce como primeros 1000 días a la etapa comprendida entre la duración del embarazo y el segundo cumpleaños de un infante, etapa crucial en la vida caracterizada por ser una ventana de oportunidad para marcar la salud y la vida futura de las personas (4). Durante esta etapa, el cerebro humano alcanza la mayor tasa de desarrollo y con ello de adquisición de capacidades de todo el ciclo de la vida; periodos de estrés o experiencias adversas en estos primeros 1000 días dejará rezagado a un niño por detrás de sus pares (4,27).

Estas características y las adaptaciones que ocurren, tienen como consecuencia natural dos panoramas resultantes: por una parte y en el mejor de los casos sería un embarazo médica y nutricionalmente planificado y posteriormente un lactante que recibe la mejor alimentación y crianza, que modelará sus conexiones neuronales y su salud de manera favorable para alcanzar todo su potencial genético y resultar en un individuo socialmente productivo y saludable en el aspecto físico, social, emocional y cognitivo (4). Por otra parte, un embarazo y primera infancia con una deficiente alimentación y pobre estado de salud, resultará en la pérdida de oportunidades y elevadas probabilidades de un futuro panorama de vulnerabilidad y difi-

cultades agregadas a la complejidad actual, este es el caso de personas que sufren IA en esta etapa crucial (4).

Durante el embarazo, la velocidad con la que se desarrollan las diferentes regiones cerebrales es sorprendente; el tubo neural se forma para el día 16 después de la concepción y el cerebro adquiere una forma adulta para el mes 7 de gestación. Además, la alimentación materna es el combustible para la adquisición de funciones como la mielinización neuronal y la sinapsis, estos procesos que condicionan el aprendizaje pueden estar dañados si la alimentación materna es deficiente en energía, proteínas, ácidos grasos o nutrientes clave como hierro, cobre, folato, zinc y yodo (4). Respecto a esto, la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en un tercio de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial duplica la cifra que se tiene como objetivo para 2030, es decir, disminuirla a menos del 15% (15).

Posteriormente en el periodo extrauterino, la leche materna (LM) es el súper alimento por excelencia para un recién nacido, desarrollado por la naturaleza después de una larga historia de evolución es una sustancia viva e irreplicable por la industria de las fórmulas lácteas para niños (4). Además de la alimentación, la calidad de la interacción del bebé con sus cuidadores juega un papel fundamental para la formación de la circuitería neuronal y socio-emocional de un niño, resaltando la interacción madre-hijo como componente importante de la lactancia materna exclusiva (LME) a diferencia de otros tipos de alimentación, como lo son los sucedáneos administrados con biberones y mamilas (4). La meta en la agenda 2030 que plantea asegurar que 70% de niños reciban LME se encuentra lejos, ya que a nivel mundial únicamente 40% (o menos) de las mujeres reportaron dar LME a sus hijos (15).

Los beneficios de la alimentación con LM se han observado amplia y consistentemente tanto en modelos animales como en humanos, a pesar de esto, los mecanismos de acción aún no son conocidos ni comprendidos en su totalidad (28). La LM contiene compuestos de naturaleza lipídica, peptídica y glucídica que “modelan” la arquitectura y función de los órganos, produciendo adaptaciones

metabólicas favorables a largo plazo, lo cual se ha conocido como programación fetal (28). Desde los hallazgos de Barker y estudios posteriores en cohortes de seguimiento a hijos de mujeres que durante el embarazo tuvieron privación nutricional, se ha establecido la teoría ampliamente aceptada que relaciona el origen fetal o intrauterino de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la adultez (29).

Entre los beneficios a largo plazo de la LM se encuentra la modulación inmunológica y de la adiposidad en el periodo crítico de la lactancia, además de la disminución en el riesgo de presentar parámetros de síndrome metabólico, como: obesidad, hipertensión arterial y diferentes tipos de dislipidemias, enfermedad coronaria, eventos cardiovasculares cerebrales, resistencia a la insulina y diabetes, además de promover una adecuada ganancia de peso extrauterina y regulación del apetito y la saciedad, con una esperada regulación de la ingestión energética (28–30).

En particular, cerca de la llegada del segundo año de vida, el desarrollo de las áreas cerebrales y el asombroso número de conexiones neuronales (más del doble que las de un cerebro adulto), dan como resultado el desarrollo del lenguaje y durante esta etapa las proteínas, así como el hierro, zinc y yodo se vuelven esenciales (4). La deficiencia de yodo es la primera causa prevenible de retraso mental. Por su parte, la deficiencia temprana de hierro, además de los efectos conocidos de la anemia sobre la concentración y rendimiento en general, se ha asociado con mayor frecuencia de ansiedad y depresión en la adultez, esto con un importante impacto en el potencial para encontrar un empleo o auto emplearse; además, los niños con esta deficiencia muestran menos interacción social, alerta y mayor irritabilidad, lo cual causa en respuesta el recibir menos atención y estímulo de parte del adulto o los cuidadores, resultando en un círculo vicioso para el desarrollo social y psico-emocional del niño (4).

Adicionalmente, un niño que sufre estrés continuo debido a sufrir IA familiar o por diversas causas, es proclive a una mala función de los mecanismos reguladores del estrés y la ansiedad y desórdenes

relacionados en la vida adulta (4). Aunque el foco de este capítulo es la SA para la salud pública, no se debe dejar de lado que las experiencias adversas durante la primera infancia como abuso y negligencia parental desempeñan un papel crucial como causantes de daño y disrupción en la circuitería de la homeostasis psicológica al largo plazo (27). Como sociedad en conjunto, y consciente de las consecuencias de estas disrupciones en la vida cotidiana, es responsabilidad de todos actuar en consecuencia para pedir que se tome en cuenta la adecuada alimentación y la garantía del derecho a la salud materno-infantil en la construcción de políticas públicas y soluciones estructurales de gobernanza (4).

Cuidar a los niños y mujeres embarazadas, y planeta a través de dietas sostenibles: El reto del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 2, Hambre Cero

Como se ha descrito a lo largo del capítulo, la sociedad ha atravesado por una transición alimentaria, consecuencia de la globalización y mayor urbanización, modificación en los sistemas de producción, cambios en las preferencias alimentarias y, en algunas regiones, incremento en los ingresos económicos. Esta transición ha permitido que las personas tengan mayor posibilidad de elegir los alimentos que desean consumir, diversificando su dieta; sin embargo, estos cambios han sido tanto positivos como negativos, teniendo un impacto directo en la salud, en el ambiente y en la cultura alimentaria (6). La ingestión de alimentos depende en gran medida de los ingresos económicos, así, países de ingresos bajos tiene un mayor consumo de cereales y tubérculos y de manera contrastante, también tienen un mayor consumo de alimentos ultra procesados, que son poco nutritivos; mientras que países con ingresos altos, tienen un consumo mayor de frutas, hortalizas, alimentos de origen animal y alimentos ultra procesados, evidenciando que, a medida que incrementan los ingresos, incrementa también la variedad de la dieta (6,15,16).

El principal reto respecto a la alimentación global no sólo radica en proporcionar suficientes alimentos nutritivos a toda la población, sino que el sistema alimentario del que provienen tenga un efecto que sea ambiental, económica y nutrimentalmente sostenible y sustentable. El impacto del cambio climático, los conflictos políticos y en fechas recientes, los problemas epidemiológicos como la epidemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), son otras situaciones que se tendrán que tomar en cuenta para reestructurar los sistemas alimentarios actuales.

La opción viable para alcanzar el ODS 2 es reestructurar los sistemas alimentarios, favoreciendo los sistemas de producción locales, orientados hacia una dieta sostenible. De acuerdo con la FAO, las dietas sostenibles son:

“[...] aquellas que generan un impacto ambiental reducido y que contribuyen a la seguridad alimentaria y nutricional y a que las generaciones actuales y futuras lleven una vida saludable. Además, protegen y respetan la biodiversidad y los ecosistemas, son culturalmente aceptables, accesibles, económicamente justas y asequibles y nutricionalmente adecuadas, inocuas y saludables, y optimizan los recursos naturales y humanos”.

Pero ¿cuál es la relación entre la nutrición durante los primeros 1000 días de vida, los sistemas alimentarios y una dieta sostenible? Primero, un problema como la malnutrición infantil es complejo, sin embargo, analizarlo desde sus determinantes sociales contribuye a plantear soluciones desde los diferentes niveles situacionales. En la imagen 2 se presentan el marco conceptual de los determinantes de la malnutrición infantil, en ella se puede observar que sus causas son tan amplias y variadas, como la necesidad de implementación de estrategias para solucionarla.

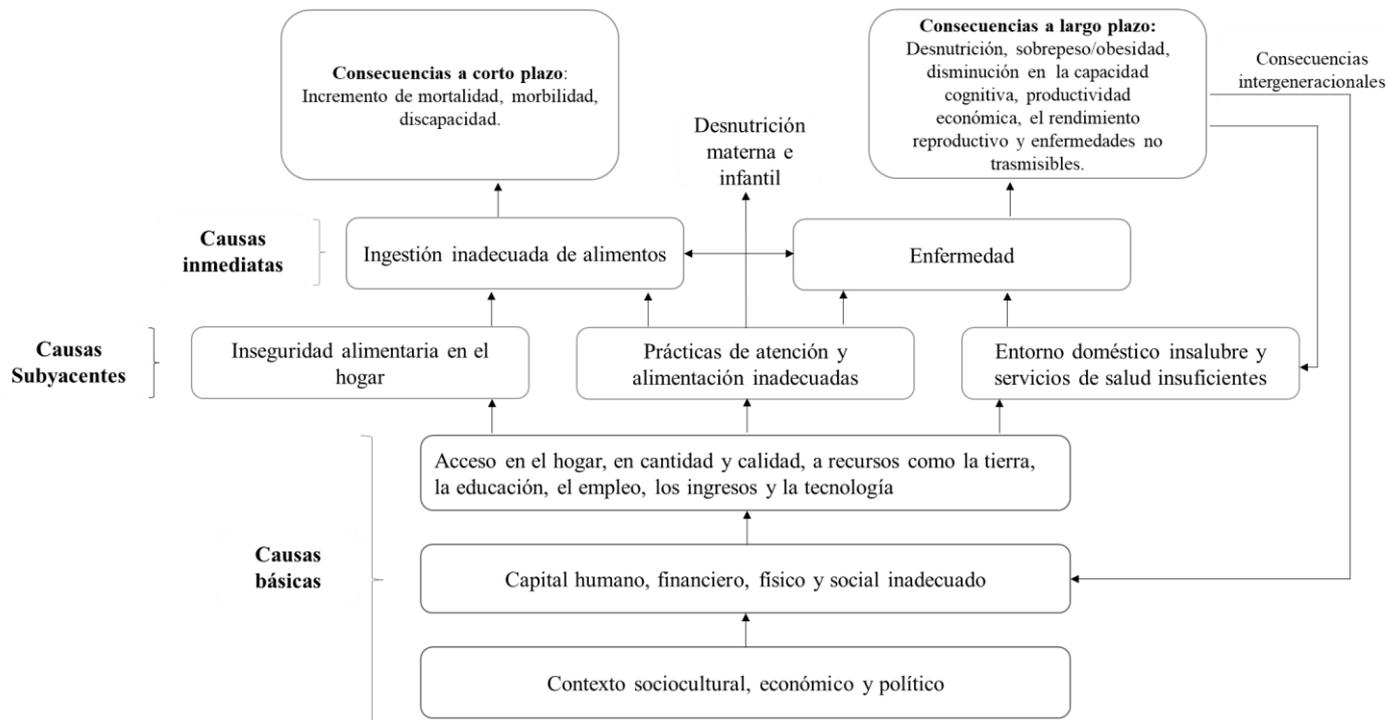


Imagen 2. Marco conceptual de los determinantes de la malnutrición infantil (Adaptado de Bradshaw (27))

Como se mencionó, la alimentación durante esta etapa es una venta de oportunidad para potencializar el desarrollo de la persona en numerosas áreas (32). Ahora bien, la alimentación es un proceso que va más allá de sólo comer; involucra como los alimentos son producidos, la cultura, las características sociodemográficas de la población en la que está inmerso el niño, la publicidad y el etiquetado de alimentos, incluso, el efecto que tiene el uso de fertilizantes en el suelo, y con mayor importancia en la salud de la población. La relación entre estos aspectos (los primeros 1000 días de vida, los sistemas alimentarios y una dieta sostenible) está incluso interrelacionada en temas tan variados como lactancia y promoción de sucedáneos de la leche, la publicidad y consumo de alimentos ultra procesados y su relación con el sobrepeso y la obesidad, los efectos de fertilizantes sobre la organogénesis renal y, el trabajo infantil y la malnutrición (6,33).

Para alcanzar el ODS 2, es imperativo fortalecer los sistemas alimentarios que favorezcan a la población infantil. Esto puede llevarse a cabo a través de la formulación de programas, acuerdos y políticas públicas con enfoque en la infancia (5). El objetivo no debe perderse, un sistema alimentario sostenible que favorezca en primer lugar el desarrollo de las regiones en donde se lleva a cabo, favorecerá también el desarrollo infantil. Romper con la triple carga de malnutrición depende en gran medida de estas acciones, por lo que hay que tener en cuenta lo siguiente:

“La malnutrición perpetúa la pobreza, y la pobreza perpetúa la malnutrición. [...] el objetivo final debe ser proporcionar a los niños una alimentación nutritiva, segura, asequible y sostenible (6)”

Políticas públicas en América Latina y el Caribe: Combatir la doble carga de malnutrición y la inseguridad alimentaria a través de la alimentación sostenible

La articulación de políticas públicas en ALC es un reto debido a la heterogeneidad de las condiciones dentro de cada país (políticas, ambientales, sociales y culturales), lo cual hace evidente que su diseño debe ser abordado desde la intersectorialidad (educación, agricultura, economía, salud, desarrollo social, por mencionar algunos sectores involucrados) reconociendo la multicausalidad de los problemas de malnutrición e IA y con una perspectiva desde el derecho humano a la alimentación. En ese sentido, el derecho a la alimentación es un derecho humano de carácter universal, inalienable, indivisible y exigible. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es un instrumento que define las relaciones entre las personas y las estructuras de poder; es de carácter internacional y define y describe los derechos individuales y colectivos (34). Respecto al Derecho Humano a la Alimentación declara que (35):

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación”

El desarrollo de estrategias para combatir la triple carga de malnutrición debe partir desde el posicionamiento de que la alimentación es un derecho humano y que, como tal, debe de privilegiarse para alcanzar niveles de desarrollo en todas las esferas y en todas las etapas de la vida.

Las políticas públicas están confirmadas a través de una serie de fases que inician en la identificación y formulación de problemas, su inclusión en la agenda pública, el diseño de la política desde un punto de vista técnico, su implementación y finalmente, su evaluación (31). En el marco del ODS N°2, el proceso de generación y

aplicación de una política pública orientada a la alimentación tendría que enmarcarse desde la generación de sistemas alimentarios sostenibles. En la imagen 2 se describe el marco conceptual de los sistemas alimentarios para una alimentación adecuada desde el cual debería partir el diseño de políticas públicas.

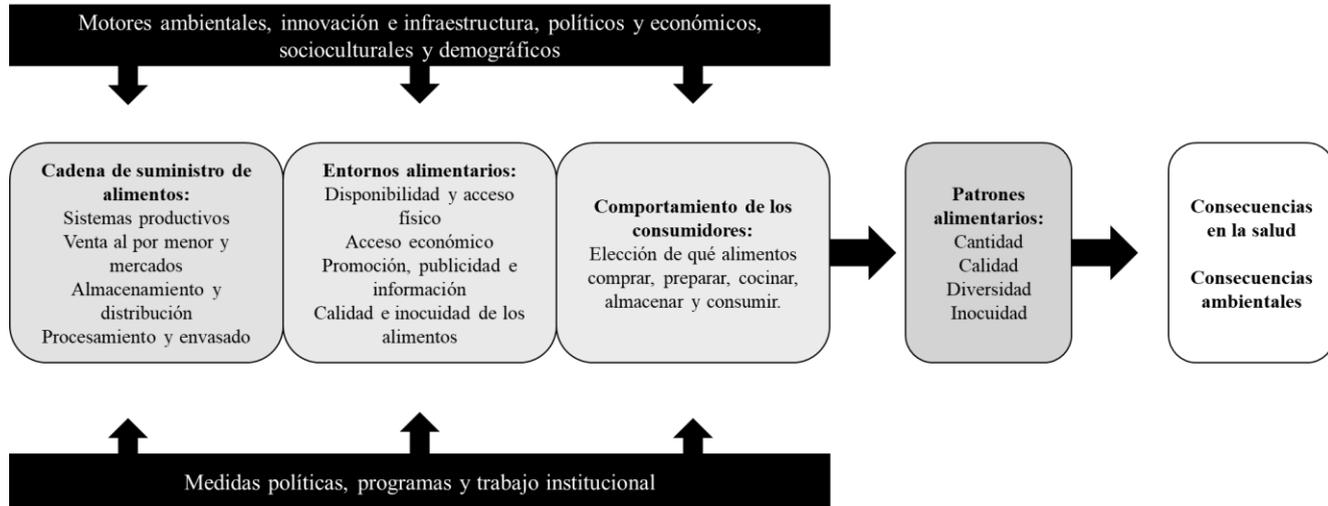


Imagen 3. Marco conceptual de los sistemas alimentarios (Adaptado de Bradshaw (27))

Entonces, para el desarrollo de estrategias intersectoriales, políticas públicas o programas gubernamentales (así como comunitarios) debería considerarse la relación entre la cadena de suministros, el entorno y el comportamiento alimento, así como la influencia de estos en el desarrollo de patrones alimentarios. En sintonía con lo anterior, el desarrollo de las estrategias para disminuir la carga de la malnutrición y la IA desde una mirada de sustentabilidad debería realizarse con base en fundamentos científicos, libres de conflicto de interés (36) y, considerando la experiencia de otros países de la región; como es el caso de la implementación de etiquetados de advertencia en alimentos procesados y ultraprocesados (37–39). Finalmente, estas estrategias tendrán que traducirse en acciones tangibles para los individuos, como mayor accesibilidad a alimentos, subsidios o apoyos al desarrollo del campo, así como regulación para una práctica agraria sustentable, educación en nutrición y acceso a salud.

Acciones comunitarias: Estrategias para combatir la triple carga de malnutrición y la Inseguridad Alimentaria a través de la alimentación sostenible

Las decisiones que toma cada actor en las distintas etapas de la cadena de suministro de alimentos afectan el resultado final invariablemente, esto es desde la producción, postcosecha, almacén, transporte, comercio, distribución y venta mayorista y minorista (40). Mientras que los consumidores que no producen sus alimentos tienen gran poder con su decisión de compra para exigir alimentos nutritivos y de buena calidad, los consumidores que deciden producir sus alimentos de manera agroecológica también tienen un gran impacto y poder sobre la calidad (contenido nutricional) y el impacto ambiental de su alimentación.

El precio es un fuerte mecanismo que modifica las decisiones de compra de alimentos en familias de escasos recursos, factores externos como subsidios al campo y barreras internacionales al comer-

cio, afectan directamente el precio de alimentos básicos y con él la SA de las familias (40). En el contexto de COVID-19, aún existe gran incertidumbre sobre los efectos a largo plazo en la cadena de suministro de productos básicos y la forma en que afectará al acceso a alimentos (41,42).

Se ha observado que los entornos alimentarios (tanto físico como económico, político y sociocultural), determina en gran parte los patrones alimentarios por la oferta existente, por ello es conveniente adoptar medidas de gobernanza en dirección a una disponibilidad de espacios seguros para realizar actividad física, así como limitar la publicidad y oferta de productos dañinos a bajo costo y aumentar el acceso a alimentos nutritivos y accesibles (40,43).

Otra de las intervenciones propuestas a nivel de sistemas alimentarios es la agricultura familiar con énfasis en la inclusión de las mujeres, con lo cual se espera que los productores sean menos vulnerables al aumentar su disponibilidad de alimentos frescos y nutritivos y disminuir el consumo de productos ultraprocesados, toda vez que se disminuye la brecha de desigualdad en la que se encuentran las mujeres en materia de IA, pobreza e ingresos y se establecen redes de protección social diferenciadas para cada tipo de población vulnerable y sus necesidades (40,43,44). Se afirma que la agricultura familiar con enfoque agroecológico es superior a la agricultura industrial en términos de la salud de las personas y del ambiente, ya que es amigable con el modo de vida y la cultura rural, promueve mayor resiliencia hacia el clima y otros factores externos, disminuye los costos de producción y la deuda de los productores, así como las emisiones de efecto invernadero, mantiene la biodiversidad y la independencia de ayudas externas (43,44).

Como punto final a resaltar, la región de ALC cuenta con todos los atributos naturales para garantizar su SA, tierra para cultivos, agua, diversidad natural, condiciones climáticas; sin embargo este no es el único factor a tomar en cuenta, por lo que se requiere una gobernanza de la SA articulada y centrada en la cooperación Sur-Sur para lograr empoderar a las comunidades y como trabajo horizontal, enfatizar en el diseño e implementación de sistemas sostenibles, re-

gular a las corporaciones y evitar prácticas mercantiles dispares (19,45).

Referencias bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas/CEPAL. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales. Publicación de las Naciones Unidas. 2019. 19–23 p.
2. Wood SA, Smith MR, Fanzo J, Remans R, Defries RS. Trade and the equitability of global food nutrient distribution. *Nat Sustain*. 2018;1(1):34–7.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. 2019. 255 p.
4. Thousand Days Foundation. Nutrition in the first 1,000 days. A Foundation for Brain Development and Learning. 2017;1–6. Available from: www.thousanddays.org www.thinkbabies.org
5. Jusidman-Rapoport C. El derecho a la alimentación como derecho humano. *Salud Publica Mex*. 2014;56(Supp 1):1–6.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma. Roma; 2018.
7. Nader A. La legislación alimentaria nacional y la importancia de la armonización y equivalencia de sus normas con el codex alimentarius. 2015.
8. Gorenstein S. Empresas transnacionales en la agricultura y la producción de alimentos en América Latina y el Caribe. *Nueva Soc Rev Latinoam ciencias Soc*. 2016;junio-juli:2–30.
9. Méndez AM, Adrián C, Miranda R, Sánchez AP. Soberanía y Seguridad Alimentaria: propuestas políticas al problema alimentario. *Textual*. 2017;(69):9–26.
10. Khoury CK, Bjorkman AD, Dempewolf H, Ramirez-Villegas J, Guarino L, Jarvis A, et al. Increasing homogeneity in global food supplies and the implications for food security. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014/03/03. 2014 Mar;111(11):4001–6.
11. Herrero M, Thornton P, Power B, Bogard J, Remans R, Fritz S, et al.

Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis. *Lancet Planet Heal.* 2017 Apr;1:33–42.

12. Carretero García A. La vulneración del derecho humano a la alimentación: Consecuencias de los actuales modelos de producción, distribución y consumo de alimentos. Primera ed. Carretero García A, editor. Madrid, España: Reus SA; 2018.

13. Luque Polo K. Seguridad alimentaria y alimentos transgénicos. *Obs Medioambient.* 2017;20(0):59–75.

14. Grajales Castillejos O, Barboza Carrasco I, Gutiérrez Zavala Á. Políticas públicas en seguridad alimentaria en municipios con menor índice de desarrollo humano. Primera ed. Grajales Castillejos O, Barboza Carrasco I, Gutiérrez Zavala Á, editors. Estados Unidos: Palibrio; 2014. 1–102 p.

15. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FIDA, OMS, PMA, UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Roma, FAO. 2919th ed. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Roma; 2019.

16. FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). Perspectivas por sectores principales. *Agric Mund hacia los años 2015/2030 Inf resumido.* 2014;32–74.

17. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial. *Cumbre Mund la Aliment* [Internet]. 1996;1–34. Available from: <http://www.fao.org/3/w3613s/w3613s00.htm>

18. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura F, OMS, PMA, UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Roma, FAO. 2919th ed. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Roma; 2019. 2–40 p.

19. Marzęda-Młynarska K. La gobernanza de la seguridad alimentaria en América Latina: desde la cooperación Norte-Sur hacia la cooperación Sur-Sur. *Anu Latinoam – Ciencias Políticas y Relac Int.* 2019;7:131.

20. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras.* 2020.

21. Tiensin T. Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition

(FSN); preliminary discussion. 2020;(March).

22. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Ley Federal de Protección de los Datos Personales en Posesión de los Particulares. 2010;1–18. Available from:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

23. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Hambre aumenta en el mundo y en América Latina y el Caribe por tercer año consecutivo. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. 2017.

24. Damian Farrow, Joseph Backer CM. Panorama de la Inseguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe. Vol. 151, *Nhk技研*. 2015. 14–23 p.

25. Mundo-Rosas V, Vizuet-Vega NI, Martínez-Domínguez J, Morales-Ruán M del C, Pérez-Escamilla R, Shamah-Levy T. Evolución de la inseguridad alimentaria en los hogares mexicanos: 2012-2016. *Salud Publica Mex*. 2018;60(3, may-jun):309.

26. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gómez-Humarán IM, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, et al. [Methodological design of the National Health and Nutrition Survey 2016]. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2016;59(3):299–305. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28902317>

27. Bradshaw B, Labour MP, Cooper R, Labour MP, Lancashire W, Johnson D, et al. House of Commons Health and Social Care Committee First 1000 Days of Life. 2019;(February). Available from: <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmhealth/1496/1496.pdf>

28. Collazo CAR, Rodríguez YH, Campoverde DA. Breastfeeding, metabolic programming and its relationship with chronic diseases. *Salud Uninorte*. 2018;34(1):126–43.

29. Hall EF, McKeigue PM. Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ Evidence-based Cardiovasc Med*. 1995;3(4):87–8.

30. Daniels SR. The Barker hypothesis revisited. *J Pediatr*. 2016;173(March):1–3.

31. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama de la seguridad alimentaria y nutrimental 2018. 2018.

32. Arévalo L, Vázquez S, Gallegos B. Conocimientos y prácticas de

alimentacion y nutricion de los escolares beneficiados con el programa de escuelas saludables. *Av en Segur Aliment y Nutr.* 2012;8:15–7.

33. Arias Rodriguez M, Aljama García P, Ejido de los Rios J, Lamas Pelaez S, Praga Terente M, Seron Micas D. Hernando. *Nefrología Clínica.* 4ta edició. Arias Rodriguez M, Aljama García P, Ejido de los Rios J, Lamas Pelaez S, Praga Terente M, Seron Micas D, editors. Madrid, España: Editorial Paramericana; 2014. 1–1065 p.

34. López Torres LP, Córdova Jiménez I, Acosta Bahena AI, Loreto Garibay O. ¿Elegimos lo que comemos? El derecho humano a la alimentación en los entornos universitarios. En: Gómez Sánchez E, Córdova Jiménez I (Editores). *Salud, bioética y derechos humanos: un compromiso universitario.* Guadalajara México: Fondo Editorial Universitario; 2018. p. 123–34.

35. Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos.* Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948.

36. Barquera S, Balderas N, Rodríguez E, Kaufer-Horwitz M, Perichart O, Rivera-Dommarco JA. Código Nutricia: nutrición y conflicto de interés en la academia. *Salud Publica Mex.* 2020;62(3):313–8.

37. Pomeranz JL, Zellers L, Bare M, Pertschuk M. State Preemption of Food and Nutrition Policies and Litigation: Undermining Government’s Role in Public Health. *Am J Prev Med.* 2019;56(1):47–57.

38. Buenrostro N, White M, Barquera S. Obesidad: Panorama epidemiológico, transición nutricional y políticas para su control y prevención. *Soc Mex Obes.* 2019;18–24.

39. Rodríguez Osiac L, Pizarro Quevedo T. Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos: Chile innovando en nutrición pública una vez más . Vol. 89, *Revista chilena de pediatría . scielocl* ; 2018. p. 579–81.

40. Agricultura O de las NU para la A y la, Organización Panamericana de la Salud, WFP, UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en américa latina y el caribe, desigualdad y sistemas alimentarios. *Panor la Segur Aliment y Nutr en América Lat y El Caribe* [Internet]. 2018;133. Available from: <http://www.fao.org/3/CA2127ES/ca2127es.pdf>

41. Euromonitor. Coronavirus: An Unprecedented Impact on Chinese Markets [Internet]. A series on COVID-19 focusing on how the outbreak is affecting industries. 2020. Available from:

<https://blog.euromonitor.com/coronavirus-an-unprecedented-impact-on->

chinese-markets/

42. Cullen MT. COVID-19 and the risk to food supply chains : How to respond ? 2020;(March):1–7.
43. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El sistema alimentario en México. Oportunidades para el campo mexicano en la agenda 2030 de desarrollo sostenible. 2019. 68 p.
44. Rosset PM. Agroecology for Food Security and Nutrition Proceedings of the Fao International Symposium. Agroecol food Secur Nutr Proc FAO Int Symp. 2015;(September):298–307.
45. McMichael P. Food security governance. Empowering communities, regulating corporations. J Peasant Stud. 2015;42(5):1051–2.

CAPÍTULO II

Construyendo paisajes creativos

Propuesta didáctica del cuidado ambiental para escuelas de educación especial básica

NUBIA CORTÉS MÁRQUEZ

Resumen

En los últimos años tanto huertos urbanos como huertos escolares han sido promovidos en todo el mundo por el potencial pedagógico que tienen en cualquier nivel educativo formal o abierto, sea para mejorar hábitos alimenticios o el cuidado del medio ambiente. Casos de éxito demuestran lo benéfico de impulsar la incorporación de un huerto en escuelas en términos educativos, sin embargo, poco se trabaja sobre escuelas de educación especial. El presente trabajo explora nuevas nociones y experiencias de mantener un huerto-jardín como un medio que permite el reconocimiento sobre las acciones necesarias para sostener mi espacio más inmediato. Para lograr este proceso reflexivo se considera el temario oficial de la Secretaría de Educación Pública mexicana, tomando temas vinculados con temas ambientales. Se proponen actividades en aula con materiales diversos para diferentes tipos de estudiantes, ciegos, sordos, con problemas motrices.

La salida al huerto-jardín pretende estimular procesos de reflexión mediante los sentidos sobre el entorno próximo que me rodea, el que he ayudado a construir, sobre el que tengo la capacidad de modificar, positiva o negativamente. Trabajo en aula y en el huerto-jardín fortalecen los contenidos del programa curricular mediante actividades multisensoriales donde se enseñe conjuntamente cómo cuidamos de nosotros mismos, nuestro espacio inmediato. El trabajo colaborativo busca mostrar nuestra capacidad de cuidado y adaptación frente al cambio estacionario del huerto-jardín. El conocimiento generado a través de los sentidos potencia la capacidad creativa de

acuerdo con las propias circunstancias del estudiante.

Palabras clave: paisaje, huerto-jardín, educación ambiental, enseñanza multisensorial, educación especial.

Introducción

En los últimos años tanto huertos urbanos como huertos escolares han sido promovidos en todo el mundo por el potencial pedagógico que tienen en cualquier nivel educativo formal o abierto, sea para mejorar hábitos alimenticios o el cuidado del medio ambiente. Casos de éxito demuestran los beneficios posibles para estudiantes en todos los niveles educativos. Para garantizar su éxito existen una gran cantidad de manuales, para quienes se inician en huertos, instalarlo, cuidarlo y tener alternativas de cultivos. Sin embargo, no se compara con las fuentes existentes sobre escuelas especiales.

El presente trabajo tiene como principal objetivo demostrar que los huertos escolares pueden integrarse al programa de educación básica oficial, dentro de las planeaciones oficiales para ser considerado por los profesores como un apoyo y no como un trabajo extra. Un huerto escolar que no sea el clásico espacio de relajación o terapia para los alumnos con algún problema motriz o trastorno de aprendizaje sino un espacio que sea construido creativamente como espacios de recreación, convivencia, terapia, relajación, pero sobre todo enseñanza resaltando los sentidos y capacidades de los estudiantes.

La experiencia de mantener un huerto permite el reconocimiento sobre las acciones necesarias para sostener mi espacio más inmediato. Para lograr este proceso reflexivo se considera el temario oficial de la Secretaría de Educación Pública mexicana, tomando unidades vinculadas a temas ambientales. La salida al huerto pretende estimular procesos de reflexión mediante los sentidos sobre el entorno próximo que me rodea, el que he ayudado a construir, sobre el que tengo la capacidad de modificar, positiva o negativamente.

Trabajo en aula y en el huerto fortalecen los contenidos del programa curricular mediante actividades multisensoriales donde se

enseñe conjuntamente cómo cuidamos de nosotros mismos y de, nuestro espacio inmediato. El trabajo colaborativo busca mostrar nuestra capacidad de cuidado y adaptación frente al cambio estacionario del huerto. El conocimiento generado a través de los sentidos potencia la capacidad creativa de acuerdo con las propias circunstancias del estudiante.

Huertos escolares

El uso de los huertos en las urbes está vinculado con la crisis económica de los países, se mira como una opción para satisfacer necesidades alimenticias básicas de la población precarizada. Ejemplos de ellos son los *Victory Gardens* en Estados Unidos (1), *Dig for victory*, campaña que inicia en 1940 en Gran Bretaña (2), *Schrebergarten* en Alemania (3), éstos últimos llamados huertos de pobres. En España el huerto y prácticas agrícolas se han desde la segunda mitad del siglo XIX (4). En América Latina, el caso más conocido es Cuba, donde aún es una opción importante para la adquisición de alimentos que tienen una organización interna propia(5).

El establecimiento de huertos urbanos demostró la importancia de la organización de los grupos, el reconocimiento de los vínculos entre lo que nos alimenta y el proceso que hizo posible la preparación de nuestra comida. Además de ser fuente de alimento, estos espacios verdes se volvieron espacios multipropósitos para la población encargada de su cuidado como para los beneficiarios directos o indirectos, se ha relacionado con la mejora de la calidad de vida. Ante tales beneficios llevarlo a las escuelas se volvió necesario.

En el caso de México la primera mención de huerta familiar en educación básica se da en el libro de texto gratuito de ciencias naturales del año 1972. Para una huerta familiar se menciona la importancia de la luz del sol y la calidad del suelo, además se dan referencias sobre las medidas y distancia entre plantas (Imagen 1). Aunque años anteriores (1960) se enseñaba sobre las herramientas y cuidados de las hortalizas en el libro “Mi cuaderno de trabajo de tercer año. Aritmética y Geometría. Estudio de la naturaleza”. En general el contenido reflejaba el interés del Estado mexicano por ilustrar dos

grandes grupos de población: rural y urbana, mostraba sus modos de vida resaltando la importancia de los hábitos de limpieza personal, llevar una vida saludable, consumiendo una dieta equilibrada y haciendo ejercicio (Imagen 2).



La huerta familiar. Imagen 1. Libro de texto gratuito. Ciencias Naturales, 1972 (6)



Cuidado personal. Imagen 2. Fuente: Libro de texto gratuito, 1960. (7).

A nivel internacional existen diversas instituciones supranacionales que promueven la instalación de huertos, urbanos o escolares

res, una de las más importantes en temas de educación es la FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*) relacionándolos con proyectos de educación alimentaria y nutricional en diferentes países. Tan sólo en América Latina existen múltiples casos de escuelas, colectivos, ciudades que han puesto en práctica los huertos en sus diferentes versiones, horizontales, en cajas, huacales, macetas, verticales, en azoteas o bien, recuperando espacios públicos.

La iniciativa tiene más resonancia cada vez, sobre todo en tiempos de crisis económica, climática, de salud o como en este caso con la epidemia del COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*). Todas estas situaciones que estamos padeciendo desde hace años o meses, en el caso de la pandemia, ha obligado a reconsiderar nuestra forma de relacionarnos con nuestro entorno. Las medidas de aislamiento social alrededor del mundo hicieron evidente, entre otras cosas, la importancia de los lugares de obtención de suministros básicos para nuestra alimentación. De dónde vienen nuestros alimentos y quiénes son los encargados de acercarlos a nuestros puntos de compraventa.

Estas preguntas generadoras nos llevan a contemplar la posibilidad de introducirnos al conocimiento del huerto para diferentes espacios, sea en los azotes de la ciudad, en algún espacio del hogar o en las escuelas. De esta manera podemos aprender la importancia de las interacciones de los sujetos, tanto en su individualidad como en colectivo, pero, sobre todo, para este caso, nos lleva a la experiencia reflexiva de formar parte del mismo huerto.

Paisaje es el concepto que proponemos para vincular huerto con la construcción de espacios propios de cuidado tanto individual como colectivo. Paisaje está conformado por una serie de elementos materiales, geográficos, así como sensoriales, cognitivos, todos en conjunto conforman un espacio de aprendizaje sobre mi entorno. Soy parte del paisaje, de lo que veo, percibo, experimento, soy también constructor y responsable por el cuidado o el abandono de mi espacio más cercano. En términos escolares o académicos este conocimiento podemos nombrarlo como educación ambiental con un énfasis en las espacialidades creadas a partir de nuestras acciones.

Huerto escolar en la planeación oficial de programas de educación pública

En México existe por parte de las instituciones gubernamentales como la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SAGARPA) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) iniciativas que promueven huertos escolares en educación primaria y secundaria. Diferentes estados de la república mexicana cuentan con programas y apoyos para introducir tanto alumnos como profesores. Diferentes tipos de huertos escolares para diferentes tipos de escuela, las rurales que suelen tener mayor espacio verde, las suburbanas o las escuelas en ciudades más grandes sin mucho espacio verde pueden instalar huertos verticales haciendo uso de material reciclado como botellas de plástico.

Existen innumerables manuales para instalar un huerto escolar, así como las actividades a realizar con los alumnos, la mayoría están centrados en alumnos sin problemas motrices o de aprendizaje. La bibliografía se reduce cuando se trata de manuales para docentes, quizá el más ilustrativo y pedagógico, al menos en el caso mexicano, sea “Sembremos ciencia y Conciencia. Manual de huertos escolares para docentes” (2017) coordinado por Helda Morales, Candelaria Hernández, Meriely Mendieta y Bruce Ferguson(8).

Laboratorios para la Vida (LabVida), es parte de la Red Internacional de Huertos Escolares, dedicada en gran parte a capacitar a docentes y descubrir las potencialidades en sus diferentes dimensiones del huerto escolar. Las capacitaciones tienen el respaldo de El Colegio de la Frontera Sur ECOSUR), ubicado en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Para escuelas de educación especial, la bibliografía es menor pues la mayoría suele enfocarse a las bondades del huerto como espacio terapéutico para alumnos con autismo, Asperger, especialmente.

Existe otro proyecto en Jaen, Andalucía, España llamado “Proyecto intergeneracional de huerto terapéutico para alumnos/as autistas y alumnos/as con parálisis cerebral y plurideficiencias aso-

ciadas propuesto por Colegio psicopedagógico ‘virgen de la capilla’ de Jaen Fundación CajaSur. José Miguel Hernández Pérez, Elisa María López Rubia, Macarena Cámara López y José Aryan Soto Quesada (2014), son los autores del proyecto, quienes proponen una serie de actividades a realizar de acuerdo con las características de sus alumnos.

Una de las propuestas, además de aprovechar las áreas verdes para terapias, es acercarse al conocimiento del medio ambiente. Los autores buscan involucrar a los familiares en las actividades atacando dos puntos importantes: posible recuperación de prácticas agrícolas tradicionales y sensibilización sobre importancia del huerto como actividad terapéutica. Así, en el huerto escolar convergen al menos dos generaciones de experiencias de saberes, prácticas y conocimiento (9).

Además de mostrar la importancia que pueden tener los huertos escolares en escuelas de educación especial, se pretende evidenciar su multifuncionalidad y los posibles beneficios a todas las partes involucradas sin ser una carga extra de trabajo sino un aliado en el proceso enseñanza-aprendizaje. Los profesores, padres de familia y alumnos pueden interactuar en el espacio destinado al huerto para la enseñanza de contenidos específicos de la programación de la SEP, puede ser un espacio terapéutico donde los alumnos pueden experimentar olores, colores, sonidos, texturas. Las interacciones ahí creadas pueden ser paisajes de enseñanza basados en la observación, exploración de los sentidos.

En este caso el huerto escolar va más allá del uso terapéutico, es también un espacio de enseñanza y de cuidado tanto personal como del entorno, sin embargo, no hay una sistematización de contenidos o planeación. El proyecto se enfoca en elementos esenciales que han de conocer sobre el huerto. Ante esta carencia de manuales o propuestas pedagógicas, nos dimos a la tarea de proponer, de manera básica, el trabajo realizado junto con los profesores de la escuela especial “Centro de Atención Múltiple de Educación Especial” ubicado en el kilómetro 4.5 carretera La Piedad-Numarán, La Piedad de Cavadas, Michoacán, México.

Inicialmente se siguieron las experiencias de trabajos similares en la Red Internacional de Huertos Escolares, especialmente en el “Manual de huertos escolares para docentes”(2016) coordinado por la dra. Helda Morales *et. al*, bajo el sello editorial de Ecosur. Se inició con la búsqueda de una escuela que contará con espacio verde disponible para instalación de materiales para el huerto-jardín y, desde luego, que los docentes mostrarán interés en el tema. En una reunión con profesores se expuso la propuesta y la forma de trabajo. Aunque hubo interés desde el inicio por el huerto-jardín, fue evidente desde un inicio que las experiencias documentadas, la bibliografía consultada no había sido adecuada por las características propias de los estudiantes. Fue necesario visitar cada salón, conocer a los alumnos, pero, sobre todo, escuchar a los profesores sobre sus técnicas, materiales y forma de trabajo con sus grupos.

Las propuestas presentadas a lo largo de los meses se enriquecieron gracias al diálogo e intercambio de ideas. Todas las actividades y materiales sugeridos se presentaron a los profesores para que ellos expresaran sus opiniones sobre las medidas, tipo de dibujos y contenidos que podían incluirse en una planeación en la que el huerto-jardín no fuera el centro de la planeación sino un complemento.

En un principio se pensó en vincular tipo de capacidades de los estudiantes con contenidos, sin embargo, el ejercicio resultó engorroso y poco provechoso para las características propias de la escuela. Así que se eligió trabajar con los cinco sentidos, de esta manera fue posible agrupar sentidos, contenidos, tema y herramienta pedagógica de apoyo¹. Es importante señalar que este trabajo se ha pausado debido a la pandemia Covid-19 pero seguimos trabajando en la elaboración de planeaciones anuales de cada materia de cada grado de educación básica (primaria y secundaria)

A continuación, pasos básicos para introducirnos en construcción de paisajes creativos de enseñanza haciendo uso del huerto escolar. La instalación de huerto escolar requiere de una organización previa, así como la capacitación a los profesores para orientarlos so-

¹ Este trabajo aún está en proceso pues se realiza una matriz por grado y materia.

bre el uso del huerto como una herramienta que facilite la enseñanza de sus contenidos.

Una vez realizadas estas acciones se instala y planea una calendarización para su cuidado por grupo y profesor(es) responsable. La implementación del huerto escolar tiene las etapas siguientes: a) Reunión con profesores y autoridades de la institución educativa, b) Conformación del comité de huerto escolar, c) Planificación y elaboración del plan de trabajo, d) Evaluación de recursos existen en la institución, e) Registro de actividades (8).

Esta planeación está vinculada con la planeación anual de cada materia en cada grado escolar de educación básica. Una vez establecida la división de tareas para el cuidado del huerto es necesario trabajar con los profesores para identificar las características de sus alumnos. Existen escuelas especiales donde conviven alumnos con diferentes trastornos de aprendizaje y distintas capacidades motrices, por ello será necesario realizar un diagnóstico del grupo (Tabla 1).

Tabla 1. Diagnóstico de grupo

<i>Grupo</i>	<i>Primer grado</i>
Capacidades del grupo a reforzar	Visual, intelectual, autismo, motriz
Sentido a resaltar	Tacto, Olfato
Asignatura	Conocimiento del Medio
Tema	Bloque 1: El mundo que me rodea
Actividad y material	Figuras de animales y plantas más comunes. Imitar sonidos de animales. Fuera del aula. Observar o tocar textura de plantas, suelo y hojas.
Identificar autonomía de los alumnos	

Elaboración propia. Nubia Cortés Márquez, 2020

En nuestro acercamiento con profesores comentan las dificultades que han tenido al iniciar con un huerto escolar en sus escuelas. Una de las principales razones, a diferencia de lo que uno podría

pensar, no es el cuidado del espacio sino la percepción de mayor carga de trabajo. Por ello, nos damos a la tarea de proponer una serie de actividades que pueden ser utilizadas en aula como en el huerto siguiendo el mapa curricular de la SEP, en el caso de México.

El mapa curricular de la SEP contempla desde educación preescolar hasta secundaria, dividiéndose en tres grandes campos Formación Académica, Desarrollo Personal y Social y Autonomía Curricular. Para esta propuesta retomamos los dos primeros. El primer campo, Formación Académica, incluye: Lenguaje y Comunicación, Pensamiento matemático y Exploración y Comprensión del Mundo. El segundo, Desarrollo Personal y Social contempla las Artes, Educación socioemocional y Educación Física (Imagen 3).

Como muestra la imagen 3, cada grado escolar, especialmente en Exploración y Comprensión del Mundo va cambiando la materia y, por tanto, los contenidos, de conocimiento del medio se convierten en materias como historia, geografía, biología, física, química, etcétera, lo que obliga a los profesores a proponer diferentes actividades pedagógicas, con contenidos más complejos y abstractos a los alumnos. No es de extrañar que los profesores perciban mayor trabajo al realizar sus planeaciones anuales.

COMPONENTE CURRICULAR		Nivel educativo			Nivel educativo						Nivel educativo			
		PREESCOLAR			PRIMARIA						SECUNDARIA			
		Grado escolar			Grado escolar						Grado escolar			
		1º	2º	3º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	
Formación Académica	CAMPOS Y ASIGNATURAS	Lenguaje y Comunicación			Lengua Materna (Español/Lengua Indígena)			Lengua Materna (Español/Lengua Indígena)			Lengua Materna (Español)			
					Segunda Lengua (Español/Lengua Indígena)			Segunda Lengua (Español/Lengua Indígena)						
				Inglés	Lengua Extranjera (Inglés)			Lengua Extranjera (Inglés)			Lengua Extranjera (Inglés)			
		Pensamiento Matemático			Matemáticas			Matemáticas			Matemáticas			
		Exploración y Comprensión del Mundo			Conocimiento del Medio			Ciencias Naturales y Tecnología	Ciencias Naturales y Tecnología			Ciencias y Tecnología:		
									Historia			Biología	Física	Química
						Historias, Paisajes y Convivencia en mi Localidad	Historia			Geografía			Geografía	
						Formación Cívica y Ética			Formación Cívica y Ética					
Desarrollo Personal y Social	ÁREAS	Artes			Artes			Artes			Artes			
		Educación Socioemocional			Educación Socioemocional			Educación Socioemocional			Tutoría y Educación Socioemocional			
		Educación Física			Educación Física			Educación Física			Educación Física			

Imagen 3. Mapa curricular

Elaboró: Jesús Medina Rodríguez, 2020. Fuente: Secretaría de Educación Pública(10).

Tomando como base la imagen 3, los docentes identifican materias y posibles temas del libro gratuito oficial de la SEP para trabajar en aula y en el huerto. Esto puede realizarse en cualquier tipo de escuela, atiendan o no a alumnos con algún trastorno del aprendizaje. El requisito principal es que las instalaciones cuenten con un área verde, un jardín o bien, un espacio abierto en el que sea posible mirar el horizonte con diferentes elementos paisajísticos distintos a las instalaciones escolares. Así, el trabajo fuera del aula permitirá realizar actividades de observación, atender a los sonidos, olores o realizar alguna actividad de reconocimiento de la escuela.

Este es un ejemplo de la planeación propuesta para el caso mexicano, siguiendo el mapa curricular de la SEP (Tabla 2):

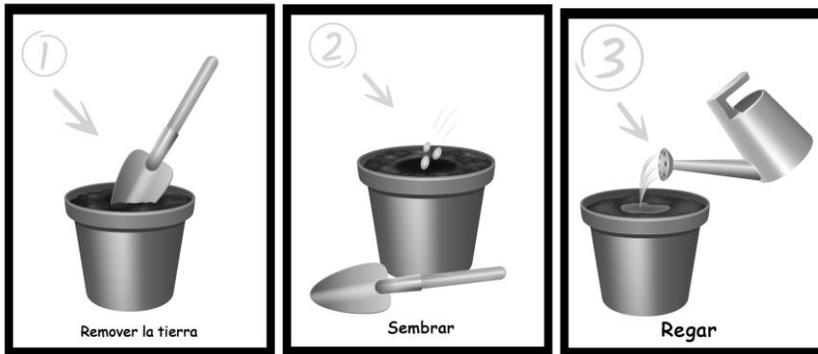
Tabla 2. Planeación por materia: Planeación sobre Mapa curricular

<i>Tema</i>	<i>Asignatura</i>	<i>Grado escolar</i>	<i>Aplicación</i>	<i>Ejemplo</i>
Fase 1: Remover la tierra, sembrar y plantar	Lenguaje y comunicación	Preescolar	Se narra una breve historia o cuento utilizando las ilustraciones de la fase de siembra y plantación.	
	Lengua materna (español)	Primaria	Relacionar palabras y practicar las letras con imágenes de elementos que han visto en el huerto. (Agua, tierra, semilla, pala...)	
		Secundaria		
		Secundaria		

Trabajo en aula. ¿Qué es un huerto escolar?

Al trabajar con alumnos de educación especial los docentes se enfrentan a múltiples retos, sobre todo si en un solo grupo se encuentran alumnos con diferentes problemas de aprendizaje o capacidades motoras. Tanto las palabras como los contenidos utilizados deben ser sencillos y claros para lograr un acercamiento amable a nuevas ideas. Por ello se propone trabajar previamente en el aula con imágenes de los elementos que conforman un huerto con las que se trabajarán en diferentes grados escolares. Una propuesta son imágenes que ilustren el proceso de siembra y el crecimiento de una planta (Imagen 4 y 5).

Las tarjetas tienen diferentes propósitos, que el alumno ubique de manera sencilla los elementos básicos del proceso de siembra, realizar oraciones sencillas con las mismas imágenes, pero en tamaño tarjeta de 5 cm de alto y tres de ancho, para que sean fáciles de manejar. Más elementos pueden agregarse a las imágenes como los ejemplos siguientes (Imagen 5):



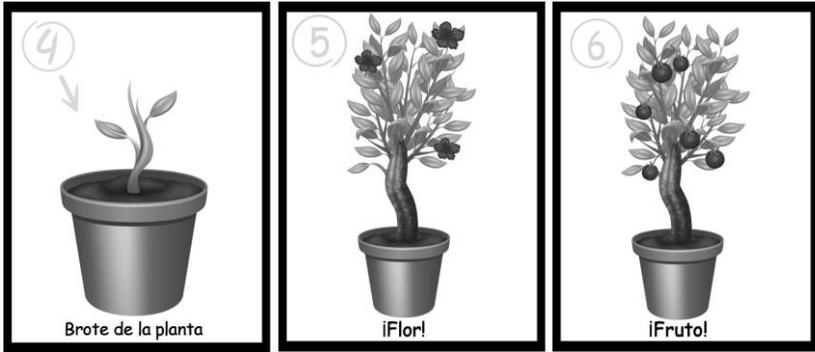


Imagen 4. Proceso de siembra
Elaboró: Erika J. Aguirre Zúñiga, 2019.





Imagen 5. El huerto y sus cuidados
Elaboró: Erika J. Aguirre Zúñiga, 2019.

Los recursos que pueden utilizarse dentro del aula pueden ser imágenes sencillas, rompecabezas, tarjetas, palabras que acompañen a cada imagen. Una vez que el alumno reconozca los elementos que componen un huerto escolar podrá salir del aula, identificarlos y nombrarlos. Estas actividades pueden complementarse con dibujos del huerto, de las plantas, insectos. Para mejorar las habilidades espaciales de ubicación, el docente puede pedir que dibujen su salón de clases, la ubicación del alumno, los lugares favoritos de la escuela, su casa, su colonia. Más adelante se mencionan varias actividades similares.

La elaboración de la planeación de cada grado escolar de educación básica es parte de un trabajo más amplio, los cuadros e imágenes presentados son una propuesta de formatos que ayudarán al profesor a organizar la planeación y sistematizar los contenidos que pueden adecuarse a las actividades en el huerto y con el paisaje. Dos de los temas más importantes que el docente debe manejar es la educación ambiental y las nociones de paisaje en términos pedagógicos.

Educación ambiental

La educación ambiental se ha divulgado desde la década de los setenta del siglo XX, resaltando la importancia del cuidado y conservación del ambiente, así como las consecuencias sociales que lle-

va no hacerlo, como la pobreza, pérdida de tradiciones, costumbres, actividades económicas tradicionales. Su objetivo central es una ética personal y social que permita una visión holística de los problemas ambientales que aquejan al planeta tierra (11).

Desde la Cumbre de la Tierra de Estocolmo, pasando por el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), se han creado campañas para un uso responsable de los recursos naturales y energéticos visibilizando los impactos económicos a nivel local y global. El cambio de prácticas cotidianas a pequeña escala tiene de fondo una reflexión sobre los estilos de vida actuales en los que se consume más y en demasía.

Acercarse a prácticas y saberes tradicionales es una de las opciones que promueve la educación ambiental, otra es reflexionar sobre los diferentes modos de vida existentes en el planeta que pueden ser adecuados para los tiempos actuales, de crisis económica y cambio climático. En este sentido, el huerto es una de las alternativas más conocida y bien recibida por población tanto urbana como rural de distintas edades.

En el ámbito educativo, el huerto escolar se ha visto como un puente que permite al alumno, y cualquier persona en general, tener un contacto directo con las plantas, descubrir sobre su crecimiento, así como de las complejas interacciones entre suelo-plantas-aire, un pequeño ecosistema. Además, es una excelente oportunidad para integrar preguntas generadoras que provoquen reflexión a los estudiantes sobre la producción de su alimento que llega a su mesa y el trabajo o dedicación que implica.

La educación ambiental en educación básica está enfocada a elementos como agua, suelo, vegetación, fauna, como un ecosistema que se ve afectado o beneficiado por las acciones humanas. Desde la perspectiva agroecológica trata de resaltar las interacciones biofísicas, socioeconómicas, incluso técnicas, de los agroecosistemas, su propósito puede ser regenerar o conservar sus recursos al tiempo que beneficiamos procesos biológicos, relaciones sociales, económicas y productivas (12).

El huerto escolar como espacio pedagógico es para esta pro-

puesta un espacio de oportunidad palpable para acercar de manera amable a los estudiantes de educación especial al reconocimiento de su escuela, su flora y fauna a través de los sentidos, construyendo un paisaje propio de enseñanza creativa. De esta manera, el paisaje creativo es un espacio vivo, el huerto es parte de él, pero quien les da vida social son alumnos y profesores, a través de la convivencia, acercándolos mediante el sistema sensorial (vista, tacto, olfato, oído, gusto). Además, brinda, tanto al alumnado como al profesor crear entornos de relajación o terapéuticos.

Paisajes creativos

El término de paisaje puede vincularse en primera instancia con el horizonte, con lo que vemos frente a nosotros, un campo de visión. En geografía tiene múltiples usos desde el abordaje histórico, sociocultural, económico, imaginativo, narrativo, entre muchos otros.

Todos tienen un punto de encuentro: vincular los elementos que conforman el ámbito físico-geográfico y la sociedad.

Tradicionalmente en geografía la finalidad de estudiar el paisaje es explicar la relación hombre-naturaleza. El paisaje geográfico es una porción de la superficie terrestre donde el sujeto en sociedad actúa directamente transformándolo para su beneficio. Inicialmente se distingue paisaje natural y humanizado(13). Con el tiempo, paisaje ha enriquecido sus significados, mostrando los elementos que lo componen.

Carl Sauer y Vidal de la Blanche son dos autores clásicos en el estudio del paisaje. Los dos coinciden en la importancia del estudio de manera holística donde se establezca cuál es el proceso de elementos físicos y culturales que lo integran (14). Joan Nogué, por ejemplo, menciona que el paisaje es un producto social resultado de la transformación humana, pero es más que eso, involucra nuestras miradas, experiencias sobre ese espacio (15). Existen múltiples formas de concebir el paisaje, desde paisajes sensoriales (16), sonoros (17), simbólico (18), de miedo (19).

El paisaje es un concepto complejo, flexible según su observa-

dor y quien lo construye, sin embargo, una de sus particularidades es la cercanía a nuestra vida cotidiana. La información que recibimos cotidianamente de nuestro entorno es paisajística, lo miramos todo el tiempo, pero pocas veces nos detenemos a observar los elementos que lo conforman. Solemos considerarlo como algo externo, fuera de nosotros, que está allá pero no es así, somos una parte importante de él pues contribuimos a darle forma (20).

La bibliografía existente sobre paisaje en términos educativos está centrada en una herramienta para la educación ambiental, siguiendo la lógica de aprendizaje percibir-conocer-valorar-comprender-percibir (20). En el ámbito de la educación, paisaje es un medio que reafirma un conocimiento no binario hombre-naturaleza sino una visión integral donde el alumno comprenda la interacción entre los elementos que conforman la sociedad y la importancia del entorno físico geográfico. Como instrumento de transmisión de conocimiento sistémico es eficaz, construyendo conocimiento sobre el medio progresivamente partiendo de la observación e identificación de claves visibles al ojo humano (21).

El acercamiento del paisaje se da a través de nuestra percepción y sentidos, es un conjunto de procesos sensitivos, cognitivos y actitudinales (22). De inicio pensar en paisaje como un referente geográfico suele ser un buen comienzo al ser un puente entre el ámbito social y medioambiente pero es sobre todo un referente vivo del lugar donde vivimos (23). En la literatura sobre el potencial del paisaje en la enseñanza de educación básica se menciona una lista de bondades como pluralidad, interdisciplina, transdisciplina, todas ellas pueden ser ciertas y aplicables, pero para escuelas de educación espacial estas bondades no siempre pueden ser aplicables en el aula.

Para nuestro propósito paisaje creativo es un espacio socialmente construido donde los elementos que conforman el huerto jardín contribuyen a la convivencia entre alumnos-profesor-entorno. La creatividad, curiosidad y exploración de nuestro espacio más cercano es experiencia vivida colectiva de enseñanza mediante nuestras propias capacidades. De la bibliografía consultada recuperamos algunas actividades que pueden ser adecuadas para escuelas de educación

especial, considerando las diferencias y capacidades de los alumnos.

Trabajar con el tema de paisaje y *en el* paisaje tiene como propósito adquirir competencias de comunicación lingüística, matemática, conocimiento e interacción con el mundo físico, resaltar las capacidades artísticas donde el alumno aprende poniendo en práctica. De lograrlo, el estudiante desarrollará su percepción sensorial, creatividad y emociones (23).

Consideremos iniciar con una visión general de paisaje como el horizonte, el paisaje es lo que nuestros ojos alcanzan a ver, posteriormente como medio y finalmente como entorno. Lo que veo tendrá que considerarse para alumnos de los dos primeros grados escolares, incluso puede aplicarse a nivel preescolar. En estos ciclos escolares se invita al alumno a descubrir el entorno natural y social (13).

Para alumnos de primaria de tercer a sexto grado es posible hablar de medio físico, seres vivos, población, el cambio de paisajes de acuerdo con las actividades económicas. Paisajes a lo largo de la historia, un espacio para mostrar cómo los paisajes cambian por las actividades económicas a lo largo del tiempo, es posible verlo de manera clara en su ciudad o localidad (13).

Los primeros acercamientos al paisaje no tienen que ser meramente educativos, siguiendo al pie de la letra los contenidos escolares, el docente puede acercar a sus estudiantes desde la experiencia; la percepción sensorial y emoción es clave para su entendimiento (23). Los profesores pueden poner alguna música de fondo, aprovechar la floración de algunas plantas aromáticas, acercarse, tocar algunas hojas, tronco con texturas diferentes.

De estas primeras actividades a realizar es importante reconocer el *dentro* y *afuera*, sobre todo para alumnos de escuela especial. Es necesario que el grupo reconozca y familiarice con elementos que conforman el paisaje, así como con las actividades artísticas dirigidas al huerto escolar, de esta manera el alumno estará preparado para identificar lo visto en clase con el espacio abierto del huerto. Si es posible se puede continuar a una escala más amplia como el barrio, localidad, municipio.

Otra propuesta para la comprensión del paisaje es a través del dibujo de su entorno inmediato. Se puede comenzar esta actividad dibujando el salón de clases, seguir con su huerto escolar, su escuela y algunos elementos característicos de su ciudad, barrio, localidad o comunidad. Al acercarse al paisaje el alumno no sólo explora sus habilidades artísticas y capacidad de dibujo sino las escalas.

Siguiendo a Heras y Benayas (1994) el paisaje tiene tres dimensiones: 1) Estética, 2) informativa y 3) transformadora. Las actividades propuestas están basadas en observación, análisis y comprensión del paisaje. En nuestro caso específico lo más importante es resaltar los sentidos y dar a los alumnos experiencias positivas. Esta serie de pasos indicados en la tabla 3 ayudarán a los profesores en esta introducción a los paisajes de enseñanza (20). (Tabla 3)

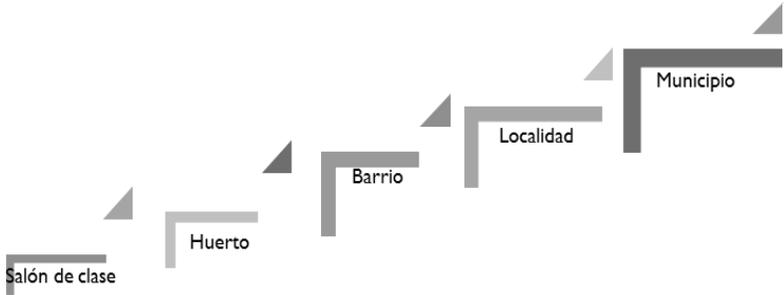


Imagen. 6. Introducción de la escala en la introducción al estudio del paisaje

Tabla 3. Actividades introductorias para la enseñanza del paisaje

<i>Pasos</i>	<i>Actividad</i>
1	Descripción del paisaje, en este caso distinguir elementos del huerto auxiliados de dibujos, esquemas básicos que deberán trabajarse en el aula.
2	Enumerar elementos del paisaje identificados en la primera actividad.
3	Comparar paisajes
4	Deducir lugar, estación u orientación
5	Ordenar imágenes según su valoración personal
6	Observo-ubico-describo. Una manera divertida es jugar “Veo, veo con mis ojos veo: montañas, flores de colores, edificios, insectos, macetas, carretera, carros, etc.

Elaboración propia basado en Heras y Benayas, 1994 (20).

Una parte fundamental de los paisajes de enseñanza en el caso de las escuelas de educación especial es la impresión subjetiva basada en los cinco sentidos y capacidades de los estudiantes. Al explorar cada una de las capacidades sensoriales el alumno busca verbalizarlos en aspectos cromáticos percibidos como la tonalidad de los colores, sentimientos de calma, alegría, curiosidad, estimula recuerdos haciendo evocaciones al paisaje y la valoración como experiencia experimentada, me gustó o fue desagradable (22). Estas son las primeras aproximaciones al huerto jardín que irá complejizándose, construyendo un paisaje de enseñanza (Tabla 4).

Tabla 4. Actividades sensoriales en el estudio del paisaje

<i>Sistemas sensoriales</i>	<i>Preguntas generadoras</i>	<i>Elementos perceptibles</i>
Vista	Qué observo	Cerca o lejos de mí, en el cielo
Oído,	Qué escucho	Cerca o lejos de mí
Tacto	Qué toco	Suave, áspero de las hojas, troncos, tierra.
Gusto	Qué sabor tiene	Plantas medicinales como manzanilla, hierbabuena
Olfato	Qué huelo	Tierra mojada, flores

Elaboración propia basado en Sánchez, 1997:53 (22)

Siguiendo la propuesta de Sánchez, (1997) (22), el conocimiento socio-espacial también puede trabajarse en el huerto desde la perspectiva espacial con algunos ejercicios como:

- **Localización.** Dónde estoy. Apoyarse en un plano de la escuela. Puede ser utilizado en grados más avanzados.

- **Orientación.** Del punto donde estoy parado, mi casa está: _____

- **Situación.** Mi localidad, municipio es más pequeño o más grande que o más pequeña que _____. O bien, tomar alguna referencia geográfica: mi escuela es más pequeña que la montaña.

Para nuestro propósito el huerto escolar tiene dos vertientes: 1) la educación ambiental como una construcción creativa de espacios de enseñanza, basado en el programa de la Secretaría de Educación Pública y 2) el uso de herramientas educativas que resalten los cinco sentidos de los alumnos ayudando a fortalecer alguno de ellos de acuerdo con las capacidades del estudiante con capacidades especiales.

La motivación es fundamental y obtener resultados favorables facilita nuestro entusiasmo por el cuidado del huerto, sin embargo, si esto no resulta siempre hay otras posibilidades de enseñanza. Una parte fundamental para el éxito de estas actividades no sólo es la dis-

posición de los profesores y alumnos sino el cuidado del huerto, pero si se deteriora o mueren algunas plantas es una buena oportunidad de reflexionar sobre el por qué.

Cuestionar sobre las posibles razones de la muerte, tratar de encontrar las causas y buscar una solución. Si no es posible verbalizar estas actividades o crear alguna narrativa se pueden hacer secuencias de esquemas, dibujos que expliquen la importancia del cuidado de nuestras plantas, el huerto y nuestro entorno inmediato (Tabla 5).

Tabla 5. Propuesta de actividades para la introducción al estudio del paisaje y huerto escolar

<i>Habilidad</i>	<i>Mejora</i>	<i>Actividad</i>
Lenguaje y Comunicación	La adquisición y uso de un vocabulario descriptivo	Uso de dibujos, fotografías de elementos que conforman la escuela, el huerto, el paisaje.
		Mezcla de palabras correctas y otras que no correspondan a los lugares indicados.
Matemáticas	Representación espacial	Juegos de figuras, rompecabezas
	Medición	Medir la extensión del huerto jardín, altura de plantas u hojas
	Patrones	Agrupación de elementos
Exploración y comprensión del mundo	Reconocimiento de elementos naturales y sociales	Agrupación de elementos naturales y sociales
		La importancia del respeto y cuidado a las plantas y las per-



sonas

Reconocimiento de las estaciones del año.

Observar con lupa algunas hojas, troncos o insectos

Actividad integradora

El profesor describe algún elemento del paisaje, escuela, huerto.

Los alumnos dibujarán lo que deduzcas de la lectura.

Para alumnos de grados más avanzados pueden hacerlo por parejas.

Pueden hacer uso de fotos. Se observan, se relatan mientras que los otros dibujan de acuerdo con la descripción. Pueden compararse los resultados de los equipos.

Elaboración propia basada en Heras y Benayas. 1994; Sánchez, 1997 (20)

Hasta aquí presentamos una serie de actividades que pueden ser utilizadas por los docentes para acercarse al huerto como al paisaje. En todas las propuestas se aboga por una enseñanza multisensorial para escuelas de educación especial. Recurrir el sistema sensorial tiene como propósito auxiliar en el estado anímico y motriz de los alumnos. La escuela y en especial la estancia en el huerto, en un espacio abierto, invita a la convivencia, la relajación, fomenta un ambiente escolar agradable en el que pueden participar los padres de familia de los alumnos que requieran asistencia.

Aprovechar todo tipo de espacio abierto para realizar actividades del mapa curricular como actividad física o recreativa son las funciones que cumple el huerto. El paisaje es el medio que permite sistematizar y ligar temas de la planeación anual de las materias que los docentes consideren adecuadas. El huerto escolar como el paisaje con opciones que buscan aligerar la carga de trabajo en aula y dirigir la mirada y la percepción sensorial a espacios abiertos.

Finalmente, pero no menos importante cada profesor de la escuela en cuestión deberá realizar un calendario de las actividades a realizar, así como las fechas y horas de su estancia en el huerto escolar (Tabla 6).

Tabla 6. Calendarización de actividades por grupo en el huerto escolar

Actividad para realizar	Materiales	Fecha	Tiempo a utilizar	Grupo	Profesor (es) responsables
-------------------------	------------	-------	-------------------	-------	----------------------------

Elaboración propia. Nubia Cortés Márquez, 2020

Consideraciones finales

A lo largo de este capítulo mostramos cómo el huerto ha sido una alternativa viable y exitosa para situaciones de crisis de diferentes países del mundo. En el ámbito escolar ha sido impulsado por diferentes instancias supranacionales como instituciones gubernamentales, todas resaltando las potencialidades para la enseñanza de temas como educación ambiental, agroecología, suficiencia alimentaria, paisaje. En todos los casos se busca sensibilizar a las personas al cuidado, conservación del medio ambiente en primer plano, para reflexionar sobre los estilos de vida actuales y poco saludables por otros cercanos a los saberes locales y comidas sanas.

Estos temas no son nuevos, en el caso de México la huerta familiar, cuidado del medio ambiente, de nuestra persona para llenar una vida saludable se menciona desde mediados del siglo XX en los libros gratuitos de educación básica de la Secretaría de Educación Pública. En años más recientes instituciones de gobierno lanzaron proyectos para acercar a las escuelas de educación básica al huerto escolar.

La mayoría de los manuales existentes están dirigidos a escuelas urbanas o rurales con alumnos sin problemas motrices o trastornos de aprendizaje. Los manuales dirigidos a docentes son igualmente escasos, pero lo son aún más en el caso de la educación especial. Al menos en el caso de México, este tipo de centros públicos suelen concentrar a estudiantes con diferentes capacidades en un solo salón de clases, lo que hace más complicado al profesor la planeación de actividades fuera del aula.

Este capítulo propone una serie de actividades complementarias basadas en el mapa curricular de la Secretaría de Educación Pú-

blica que tienen el objetivo de orientar al docente y facilitar la programación de sus clases. Se indican las etapas en la instalación de un huerto escolar y se propone la elaboración de un diagnóstico del grupo para identificar las capacidades y debilidades cognitivas, de aprendizaje o motriz que puedan reforzarse.

La planeación anual de las asignaturas es una tarea que requiere un poco más de dedicación, pero durante el ciclo escolar tanto alumnos como docentes se verán beneficiados en el proceso enseñanza-aprendizaje. En los ejemplos mostrados todas las ilustraciones son básicas, sin adornos o colores que puedan distraer la concentración del alumno. Se insiste trabajar previamente en el aula para mostrar a los alumnos los elementos del huerto, puede ser a través de imágenes, fotos, dibujos, narraciones, cuentos, dependerá de la creatividad de cada profesor. Es importante mencionar que no es obligatorio la instalación de un huerto escolar, estas actividades pueden realizarse en jardines, áreas verdes o espacios abiertos con los que cuente la instancia educativa.

Dos temas están de fondo son la educación ambiental y el paisaje. El primero centrado en una visión completa sobre el cuidado del medio ambiente físico-geográfico al tiempo que se busca reflexionar sobre los estilos de vida que afectan nuestra salud y patrones de consumo que tienen una influencia directa en la economía local y global. Hacer pequeños cambios a nivel local lleva a una noción de educación ambiental orientada al autocuidado y de mi entorno, del paisaje como mi espacio más cercano y cotidiano.

Paisaje es el puente que une educación ambiental con el huerto escolar. La primera imagen que comúnmente tenemos sobre él es el horizonte, lo que nuestro ojo alcanza a ver, lo que tenemos frente a nosotros. Solemos relacionar elementos físico-geográficos, con las artes, pero es el concepto que nos permite vincular ámbitos naturales y sociales. Es el espacio más cercano a nuestra vida cotidiana de la que somos constructores directos de lo que observo, vivo, experimento cada día.

Paisaje creativo hace alusión a la construcción social de espacios de enseñanza donde tanto alumnos como docentes conviven,

crean ambientes agradables, aprovechando todas las capacidades sensoriales de los alumnos. Identificando temas y contenidos que puedan ser vistos en el aula como fuera de ella, pero, sobre todo, que el contacto con espacios abiertos, como el huerto, los acerquen a una mejora de sus capacidades. Apela a comprender el proceso enseñanza-aprendizaje de múltiples formas de acuerdo con las circunstancias particulares de los alumnos.

El paisaje creativo es una propuesta didáctica para una enseñanza amigable, basada en la experiencia, emociones y capacidades sensoriales dirigida a escuelas especiales. Con ello el documento intenta mostrar que el docente puede verse beneficiado por la instalación y uso del huerto como herramienta pedagógica con alguna orientación y actividades dirigidas. La educación formal no debía de desenvolverse en espacios cerrados sino abiertos, verdes, que estimulen todos los sentidos de los alumnos y de los profesores.

Referencias bibliográficas

1. National War Garden Commission. War Vegetable Gardening and the Home Storage of Vegetables [Internet]. Universidad de Michigan: National War Garden Commission Washington, D.C; 1919 [citado 2 de julio de 2020]. 31 p. Disponible en: <https://www.virginiahistory.org/collections-and-resources/virginia-history-explorer/victory-gardens>
2. Egea Sánchez, J., Huertos de Guerra (Dig for Victory): agricultura urbana al rescate [Internet]. El Noroeste Digital. 2017 [citado 2 de julio de 2020]. Disponible en: <https://elnoroestedigital.com/huertos-de-guerra-dig-for-victory-agricultura-urbana-al-rescate/>
3. Alonso NM., Huertos urbanos en tres ciudades europeas: Londres, Berlín, Madrid. 2.2 Berlín. Bol CFS [Internet]. [citado 2 de julio de 2020];(47/48). Disponible en: http://habitat.aq.upm.es/boletin/n47/anmor_4.html
4. Gozalbo ME, Núñez LA., Experiencias en torno al huerto ecológico como recurso didáctico y contexto de aprendizaje en la formación inicial de maestros de Infantil. Rev Eureka Sobre Enseñ Divulg Las Cienc. 13(3):667-79.
5. Altieri MA, Companioni N, Cañizares K, Murphy C, Rosset P, Bourque M, et al. The greening of the “barrios”: Urban agriculture for food security

- in Cuba. *Agric Hum Values*. 1 de junio de 1999;16(2):131-40.
6. Secretaría de Educación Pública. Ciencias naturales. Segundo grado [Internet]. SEP. México: SEP; 1972. 95 p. Disponible en: <https://historico.conaliteg.gob.mx/H1972P2CI064.htm#page/1>
 7. Domínguez González, C., León González E., Mi cuaderno de trabajo de 1er año Grado 1° Generación 1960 [Internet]. Secretaría de Educación Pública. México: SEP; 1960 [citado 1 de julio de 2020]. 213 p. Disponible en: <http://historico.conaliteg.gob.mx/H1960P1ES001.htm>
 8. Morales, H., Hernández, C., Mendieta, M., Ferguson, B., Sembremos ciencia y conciencia. Manual de huertos escolares para docentes. [Internet]. San Cristóbal de las Casas: ECOSUR; 2017 [citado 1 de julio de 2020]. 230 p. Disponible en: <http://redhuertos.org/Labvida/wp-content/uploads/2016/03/Morales-16-LabVida-Manual-de-Huertos-Escolares-para-Docentes.pdf>
 9. Hernández Pérez, JM, López Rubia, EM., Cámara López, M, Soto Quesada JA., Proyecto intergeneracional de huerto terapéutico para alumnos/as autistas y alumnos/as con parálisis cerebral y plurideficiencias asociadas [Internet]. olegio psicopedagógico “virgen de la capilla” de Jaen Fundación CajaSur; 2014. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/portal_web/web/participa/premios_concursos/certamen_crece_contu_arbol/certamenccta_ja_psicopedagogicovirgendelacapilla.pdf
 10. SEP. Mapa curricular [Internet]. *planyprogramasdestudio*. 2020 [citado 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/index-mapa-curricular.html>
 11. Thomas Muñoz, R., Educación ambiental en las escuelas es más que plantar árboles. En: *Historias de sustentabilidad sin cubiertos*. Colima, México: Universidad de Colima; 2016. p. 40-3.
 12. Merçon J, Aguilar MÁE, Armella MIN, Núñez IIF, Sánchez AA, Méndez EDG., Cultivando la educación agroecológica. *Rev Mex Investig Educ*. 2012;17(55):1201-24.
 13. Gómez Ortiz, A., Melón Arias, MC., El paisaje como tema transversal en el diseño curricular base (DCB). *Rev Bibliográfica Geogr Cienc Soc* [Internet]. 2001 [citado 1 de julio de 2020];267. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-267.htm>
 14. Ramírez Velázquez, BR. y López Levi, L., Espacio, paisaje, región, territorio y lugar: La diversidad en el pensamiento contemporáneo., Méxi-

- co: Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2015. 207 p.
15. Nogue J. La construcción social del paisaje. [Internet]. Joan Nogué. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007 [citado 1 de julio de 2020]. 343 p. (Paisaje y Teoría). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5566117>
16. Tafalla M., Paisaje y sensorialidad. En: Teoría y paisaje II: Paisaje y emoción El resurgir de las geografías emocionales [Internet]. Laura Puigbert y Gemma Bretcha (eds). Barcelona: Observatori del Paisatge de Catalunya; Universitat Pompeu Fabra; [citado 1 de julio de 2020]. p. 115-136. Disponible en:
https://www.academia.edu/26017873/Paisaje_y_sensorialidad
17. Schafer, M., The Soundscape. Our Sonic Environment and the Tuning of the World [Internet]. Rochester, Vermont: Destiny Books; 1977. 301 p. Disponible en:
https://monoskop.org/images/d/d4/Schafer_R_Murray_The_Soundscape_Our_Sonic_Environment_and_the_Tuning_of_the_World_1994.pdf
18. Cosgrove DE., Social formation and symbolic landscape. London ; Sydney: Croom Helm; 1984. 293 p. (Croom Helm historical geography series).
19. Tuan Y-F., Landscapes of Fear [Internet]. University of Minnesota Press; 2013 [citado 1 de julio de 2020]. Disponible en:
<https://muse.jhu.edu/book/26586>
20. Heras, F., JB., Ideas para interpretar y mejorar nuestros paisajes. En: Viviendo el paisaje Guía práctica para interpretar y actuar sobre el paisaje [Internet]. Madrid: Fundación Natwest y FIDA; 1994 [citado 1 de julio de 2020]. p. 99-116. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/312595514_Ideas_para_interpretar_y_mejorar_nuestros_paisajes
21. Linajeros, I, Español, E., La idea de paisaje: Una visión transdisciplinar. En: Paisaje De la percepción a la gestión. Liteam, Ediciones; 2009. p. 11-36.
22. Sánchez Ogallar, A., La observación e interpretación del paisaje | Didáctica Geográfica. 1997;2:45-55.
23. Delgado EJ., El paisaje en la formación de maestros, un recurso educativo de alto interés para la educación primaria. Tabanque Rev Pedagógica. 2015;(28):117-38.

Capítulo III

Las mujeres y el trabajo informal

Un análisis desde las brechas de género, para el Área Metropolitana Centro Occidente (AMCO)

JHON JAIRO MARIN RESTREPO

SEBASTIÁN FRANCISCO VALENCIA CARDONA

Resumen

Una brecha de género se define como *“la distancia existente en el acceso, el disfrute, la participación y el control de los recursos, servicios, oportunidades o beneficios sociales entre mujeres y hombres”*. La importancia de reducir las brechas de género para el desarrollo económico y social es fundamental, por ello la ONU incluyó el tema dentro sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, constituyendo parte del objetivo 5, “igualdad de género” y del objetivo 10, “reducción de las desigualdades”. De otra parte, el trabajo informal genera una serie de situaciones que van en contra de los derechos de los trabajadores, como por ejemplo el no acceso al sistema de seguridad social y condiciones laborales no acordes con los lineamientos del trabajo decente, etc.

El Área Metropolitana Centro Occidente de Pereira (Colombia), ha presentado altas tasas de informalidad en los últimos años. Para el año 2019 la tasa total fue del 47,4%; en donde las mujeres representan el 51%, lo que representa cerca de 67 mil mujeres, cifra que para una población de un poco más de 700 mil habitantes es muy alta.

Más allá de los datos básicos sobre brechas de género e informalidad que ofrecen los órganos estadísticos del estado no se conocen detalles a fondo sobre las características de dicha población, lo que permite que dicha situación se convierta en el objetivo de la presente investigación.

Palabras clave: Desigualdad, Brecha, Género, Pobreza, Informalidad.

Evolución de las mujeres en el trabajo desde la fundación de la OIT

Desde su fundación en 1919, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha hecho esfuerzos para mejorar la situación de las mujeres en el trabajo, a partir del principio de igualdad entre ambos sexos consagrado en el acta de constitución de esta organización. Desde entonces, la OIT ha venido avanzando en alcanzar este objetivo a través de los diferentes convenios, de carácter vinculante, que deben ser ratificados por los miembros de la organización y que al aceptarlos se obligan a aplicar las disposiciones del convenio y a someterse a la supervisión internacional que controla su aplicación. Por otro lado, las recomendaciones, que no son de carácter vinculante, establecen directrices y técnicas que deben aplicar los países. Generalmente estas recomendaciones dan dirección detallada a lo consagrado en los convenios (1).

A lo largo de 100 años, la OIT ha producido 8 grupos de convenios que buscan mejorar la situación de las mujeres en el trabajo: 1) convenios sobre la protección de la maternidad (1919); 2) convenio sobre el trabajo nocturno para las mujeres (1919); 3) convenio sobre el trabajo subterráneo para mujeres (1935); 4) convenio sobre igualdad de remuneración (1951); 5) convenio sobre la discriminación en el empleo y la ocupación (1958); 6) convenio sobre igualdad de trato en la seguridad social (1962); 7) convenio sobre trabajadores con responsabilidades familiares (1981); 8) Convenio sobre trabajadoras domésticas (2011) (1).

Según Gaudier (1994) citado en OIT (1), la trayectoria de la OIT respecto a la promoción de la igualdad de género en el mercado laboral se puede dividir en 2 etapas, la primera entre 1919 y 1950, cuyo foco fue "proteger a las mujeres de las condiciones laborales que puedan ser peligrosas para su función de reproducción"; y una segunda etapa que busca "garantizar la igualdad de oportunidades y de trato para las mujeres en el empleo y la ocupación". La normatividad de la OIT respecto a las mujeres en la primera etapa tomaba

como base el rol tradicional de reproducción que se le ha impuesto, considerándolas como sujetos limitados a ese rol. A pesar de que muchos de las recomendaciones también contenían disposiciones respecto a asegurar la igualdad entre trabajadores y trabajadoras, como aspectos relacionados con la remuneración y derechos iguales para acceder a educación terciaria, esta normativa no implicó cambios significativos respecto a la participación femenina en el trabajo de producción de bienes y servicios. Una explicación a este resultado está relacionada con la medición: las metodologías que usaban los países no cuantificaban a las mujeres que trabajaban en el sector informal, en la ruralidad o sectores tradicionales (1).

En la segunda etapa (1950 a 2019), las mujeres empiezan a tener un rol más importante en la economía de los países industrializados, producto del derecho al voto que habían adquirido y la mayor participación en actividades sindicales y asociaciones de profesionales, que las dotaron de capacidades para defender sus derechos, haciendo que los diferentes gobiernos empezaran a formular mecanismos para aumentar la participación de las mujeres en el mercado laboral y fomentar la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras, respecto a aspectos como el salario o la oportunidad de elegir ocupación. Lo anterior produjo un cambio en el enfoque de los convenios y recomendaciones de la OIT. Este nuevo enfoque buscó proteger a las mujeres de la discriminación por motivos de género, para garantizar la igualdad entre hombres y mujeres en el acceso, permanencia y disfrute de beneficios del mercado laboral (1).

Pese a los esfuerzos de la OIT, los convenios son más una consecuencia de la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, ya que, aspectos como una menor fecundidad, acceso a educación formal, migración a la ciudad, entre otros, contribuyeron en mayor medida a estos cambios. Lo anterior se puede reflejar en la evolución de la participación de las mujeres en el mercado laboral en América Latina y el Caribe: la tasa de participación en esta región solo empezó a aumentar en 1980 con la crisis económica, esto, producto del efecto del trabajador añadido, es decir, las familias vieron

disminuidos sus ingresos producto de la crisis, lo que aumentó la necesidad para las mujeres de conseguir ingresos para sus familias y participar en el mercado laboral. En todo caso, pese a la mayor participación de las mujeres, estas entraron a través del sector informal principalmente, producto de la necesidad de hacer compatible el trabajo remunerado con el no remunerado (1).

Las legislaciones internas de los países siguen lejos de las disposiciones proclamadas por la OIT a través de sus convenios y recomendaciones, sobre todo en lo relativo a la igualdad de remuneración, segregación laboral, acceso a cargos directivos o mejor remunerados y calidad de los empleos. En todo caso, pese a los avances en los convenios de la OIT y la legislación interna en muchos países del mundo, las brechas de género en el mercado laboral siguen siendo amplias y, aún más preocupante, el avance se ha hecho más lento (1,2).

Medición de la economía informal y brechas de género

Como se mencionó en el apartado anterior, medir la economía informal es cuestión de inclusión. No hacerlo es desconocer el trabajo de 2000 millones de personas que trabajan en la informalidad, representando el 61% del empleo mundial. Asimismo, medir el trabajo informal arroja información base para medir la efectividad de las políticas públicas que buscan erradicar este fenómeno, objetivo esencial para el desarrollo sostenible e inclusivo, pues la informalidad es nociva para el efectivo reconocimiento de los derechos de los trabajadores, la protección social, el trabajo decente y el imperio de la ley. Es por ello por lo que, la superación de la informalidad hace parte de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS 8) que promueve el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, así como la meta 8.3, que busca promover políticas para la creación de empleos decentes, que alienten la formalización (3).

La informalidad es un fenómeno que ataca más a las mujeres que a los hombres en la mayoría de los países del mundo (2). Este

fenómeno es la causa de muchas de los problemas que tienen las mujeres en sus vidas laborales, como el no acceso a la seguridad social, mayor riesgo para la salud y seguridad, menor productividad, menor remuneración, y en general, menor capacidad para llevar la vida que ellas valoran (4). En la parte tres del presente capítulo se abordará de manera más amplia las causas de la informalidad en general, así como las causas de la brecha de género en la informalidad laboral.

La primera noción de informalidad laboral se abordó desde el término “sector informal”. Esta concepción es problemática pues no usa una definición de la informalidad, sino una descripción de la misma. Así, el sector informal fue descrito como aquel “formado por actividades económicas en pequeña escala, integrado por trabajadores por cuenta propia que contratan a familiares o solo a unos pocos trabajadores” (5). La Decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) estableció que el trabajo informal es todo empleo en el sector informal, que incluyen todas las empresas no registradas, o empresas pequeñas no constituidas. Esta definición es insuficiente pues ignora el hecho de que hay trabajos informales en el sector formal o en los hogares, de hecho, en el mundo, el 6,7% de los informales están en el sector formal y el 2,5% en los hogares (3).

Debido a lo anterior, el CIET y la OIT han adoptado diferentes términos que definen la informalidad (Tabla 1). Estas definiciones dan más claridad sobre los componentes de la informalidad y permiten producir estadísticas más cercanas a la realidad del problema. En todo caso, como ya se mencionó, todavía no hay uniformidad en la medición de la informalidad. Las normas internacionales miden la informalidad basado en dos definiciones operativas: 1) basado en el sector informal; 2) basado en el trabajo informal. En el primero, la unidad de observación son las unidades productivas informales y las características del lugar de trabajo; en la segunda, la unidad de observación son los empleos informales, sus relaciones de trabajo y las protecciones sociales asociados con el empleo del trabajador (5).

Tabla 1. Definiciones de informalidad laboral según CIET y OIT.

<i>Economía informal</i>	<i>Sector Informal</i>	<i>Empresa en el sector informal</i>	<i>Empleo en el sector informal</i>	<i>Empleo asalariado informal</i>	<i>Empleo informal</i>
El conjunto sector, empresas, trabajadores, que no cumplen con los mecanismos formales en la legislación o en la práctica, esos son insuficientes	Conjunto de empresas informales	Empresas no registradas o empresas privadas pequeñas no constituidas.	Todos los trabajadores que se empleen en el sector informal, independientemente de su situación laboral	Todo trabajador cuya relación de trabajo no cumple con los mecanismos de la legislación, como el pago de impuestos, protección social, prestaciones sociales, o un contrato laboral.	Todos los trabajadores empleados en la economía informal, es decir, lo que trabajan en empresas del sector informal, o los trabajadores informales que trabaja en el sector formal, o trabajadores familiares

Fuente: Elaboración propia basado en OIT.

Las normas internacionales, basadas en las conferencias del CIET, están enmarcadas dentro de unos requisitos que debe cumplir el empleo o unidad productiva para ser considerado formal, las unidades productivas o puestos de trabajo que no cumplen con estos requisitos quedan entonces enmarcados en la informalidad. Siendo así, cada país incluye métodos basados en el sector informal y/o en el trabajo informal, pero las características de cumplimiento de requisitos varían entre países, esto, con el objetivo de ajustar la medición a la realidad de cada contexto (3). Los criterios que se suelen usar varían mucho, pero se podrían agrupar como se muestra en la Tabla 2.

Habida cuenta de las dificultades de medir la informalidad, por concepciones y definiciones ampliamente diferenciadas que se usan para diseñar las encuestas a hogares, o en otros casos, de establecimientos comerciales, que son la principal fuente de información para la medición de informalidad, se entiende entonces que algunos países no cuentan con los recursos suficientes para incluir todas las dimensiones que implica la informalidad, en sus instrumentos de medición del mercado laboral (5), así, en tanto medir la informalidad es necesario, la metodología usada para medirla sigue variando mucho entre países, lo que hace difícil su medición y estudio.

Tabla 2. Definiciones operativas de la informalidad laboral.

<i>Basado en el sector informal</i>	<i>Basado en el trabajo informal</i>
Sector institucional: privado (informal), hogares.	Situación del empleo: trabajadores familiares, empleador, cuenta propia o miembro de una cooperativa de productores.
Destino de la producción: para el consumo propio	Contribución a la seguridad social: el empleador no contribuye a la seguridad social a nombre del empleado

Registro de la unidad económica según legislación nacional: no registrada	Prestaciones laborales: no cuenta con derecho a una licencia anual remunerada, y licencia por enfermedad.
---	---

Contabilidad: no lleva contabilidad

Aporte a la seguridad social del empleado: no aporta

Tamaño de la unidad económica y ubicación de la unidad económica: menos de cinco trabajadores sin un local comercial fijo ni visible

Fuente: OIT. Elaboración propia.

Brechas de género

De manera general, las brechas de género hacen referencia a la distancia que hay entre hombres y mujeres en el acceso a libertades que les permita llevar la vida que valoren. Así, dichas brechas son un instrumento de medición de las políticas públicas que buscan reducir la desigualdad entre hombres y mujeres. Reducir la desigualdad de género hace parte de los objetivos de desarrollo sostenible, específicamente el objetivo número 5 (igualdad de género y empoderamiento de todas las mujeres y niñas), éste objetivo se vincula, además, con al menos otros tres objetivos: Objetivo 8 (promoción del crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos); Objetivo 4 (garantías de una educación inclusiva y equitativa de calidad y la promoción de oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos); Objetivo 10 (reducción de la desigualdad en los países y entre ellos). Asimismo, la igualdad de género también tiene relación como causa y como efecto entre los demás Objetivos de Desarrollo Sostenible, por eso, la ONU ha señalado que la igualdad de género es prerrequisito para lograr un desarrollo sostenible e incluyente (2).

Las brechas de género pueden medir diferentes tipos de desigualdades. Por ejemplo, el WEF (6) y su Índice Global de Brechas de Género mide 4 variables, a saber: salud, educación, participación en la economía, y empoderamiento político. Para el caso de este capítulo, se pretende mirar las brechas de género en el mercado laboral.

Las brechas de género en el mercado laboral se definen como la distancia entre hombres y mujeres para el acceso, permanencia y disfrute de beneficios al participar en el mercado laboral. Asimismo, estas brechas miden diferentes variables: división sexual del trabajo; segregación laboral; conciliación de la vida personal, profesional y familiar; acceso, uso y control de recursos y beneficios; libertades sindicales y dialogo social y calidad del trabajo (7). Este capítulo se concentra entonces en el análisis de la calidad del trabajo y la situación de las personas que trabajan en la informalidad, a través de la medición y análisis de diferentes indicadores que muestran las brechas existentes entre hombres y mujeres.

Las disparidades en términos de responsabilidades por fuera del trabajo remunerado producto de estereotipos de género, podrían constituirse como una de las principales causas, sino la mayor, de las brechas de género (2). Así, hay factores observables o fáciles de agregar a modelos económicos que puedan explicar esas brechas, como la educación, edad, presencia de hijos en el hogar, condiciones espaciales, formalidad, ocupación y sector económico donde se ocupa, entre otros. Por otro lado, están los factores no observables, difíciles de cuantificar o agregar a modelos, factores como los estereotipos, el comportamiento producto de aspiraciones determinadas y las normas sociales que modelan los arreglos familiares e incluso la fecundidad (1). Estas variables que esconden gran parte de la causalidad de las brechas son estudiadas a través del enfoque de género. En las partes 4 y 5 se usará este para analizar las brechas de género en la informalidad femenina en el Área Metropolitana Centro Occidente (AMCO).

Informalidad

Según datos de la OIT (3) el trabajo informal representa el 61,2% del empleo mundial, con disparidades entre regiones, que va desde el 85% en África, hasta 25,1% en Europa y Asia Central. Las diferencias entre países en desarrollo y desarrollados son abismales, mientras que en los primeros la informalidad es del 69,6%, en los países desarrollados es del 18,3%, de hecho, la informalidad de los países en desarrollo y emergentes representan el 93% del empleo informal del mundo. Asimismo, el 80,9% de las unidades económicas son informales, donde se emplea el 51,9% del empleo mundial; 6,7% en el sector formal y 2,5% en los hogares (3).

Frente a la composición de la informalidad, los trabajadores por cuenta propia que se emplean en el sector informal representan el 45% de los informales en el mundo, mientras que los asalariados (empleados) representan el 36,2%, los hogares el 16,1% y los empleadores el 2,7%. Nuevamente las disparidades por nivel de desarrollo son grandes. Mientras que en los países desarrollados la mayoría de los informales son empleados o asalariados (51,4%), en los países emergentes o en desarrollo, la mayor proporción de trabajadores informales son cuenta propia (45,5%), mientras que los asalariados representan un 35,4%. También es relevante revisar la informalidad por nivel educativo: en el mundo el 93,8% de las personas sin educación son informales, mientras que las personas con educación primaria, secundaria y terciaria tienen una probabilidad de 84,6%, 51,7% y 23,8% respectivamente de ser trabajadores informales (3).

Como ya se mencionó hay una mayor proporción de países (55,4%) con más informalidad femenina que masculina. Así, en el mundo, el 58,1% de las mujeres y el 63% de los hombres son ocupados informales. La brecha por nivel educativo es negativa (favorable a las mujeres) en los niveles de educación secundaria y terciaria, con una brecha de -7 puntos porcentuales y - 5,2 respectivamente. La brecha entre hombres y mujeres con ningún nivel educativo y educación primaria es de 3,6 y 2,3 puntos porcentuales respectivamente.

En América Latina y el Caribe la tendencia de la informalidad es decreciente. En la región el 53,1% del empleo es informal, el

44,8% de estos son asalariados informales y el 43,4% trabajadores por cuenta propia; el 70,3% de los informales trabajan en el sector informal y el 13,5% en el sector formal. Asimismo, las personas sin educación, con educación primaria, secundaria y terciaria tienen una probabilidad de ser informales del 82,2%, 72,5, 50,8% y 33,5% respectivamente. El sector con mayor informalidad es la agricultura cuyo porcentaje de informales sobre el total de ocupados en este sector es del 79,2%, seguido de la industria con 49,1%, y servicios con 49%. En la región, las mujeres sufren de mayor informalidad (54,3%) que los hombres (52,3%). En América Latina y el Caribe, persisten brechas negativas para las mujeres en la informalidad en todos los niveles educativos, a saber: sin educación 15,8%; educación primaria 9%; educación secundaria 3,5% y educación terciaria con un 2,6%, lo anterior a pesar de que, como ya se mencionó, las mujeres están más educadas que los hombres (3).

En Colombia la informalidad también presenta una tendencia positiva a decrecer. En el trimestre diciembre 2019 - febrero 2020, la informalidad en 23 ciudades principales y áreas metropolitanas fue de 47,9%, mientras que para el trimestre diciembre 2007 - febrero de 2008, la informalidad fue de 52,2%. Asimismo, la probabilidad de ser informal por nivel educativo para personas sin educación, educación primaria, secundaria y superior, fue del 85%, 80%, 57% y 24% respectivamente. Por posición ocupacional, los trabajadores por cuenta propia representan el 63% de los informales, seguido de los empleados particulares con el 20%, empleados domestico con el 7,14%, empleador o patrón el 5,61% y trabajador familiar sin remuneración 3,42%. Por ramas de actividad, en 23 ciudades principales y áreas metropolitanas, (es decir, sin incluir los territorios rurales donde se encuentra la mayor parte de la agricultura), el comercio, los hoteles y restaurantes representaron el 42% de la informalidad, la industria el 13%, la construcción el 8%, el transporte, almacenamiento y comunicación el 12%, las actividades inmobiliarias el 8% y los servicios comunales y personales el 16%. Asimismo, los sectores donde se tiene más probabilidad de sufrir de informalidad son el comercio, hoteles y restaurantes con un 66%, transporte y almacena-

miento 61%, construcción 52%, industria 41%, actividad inmobiliaria 34%, servicios comunales y personales 33% y el sector financiero 11%. Todo lo anterior en el trimestre diciembre 2019 - enero 2020 en 23 ciudades y áreas metropolitanas. Asimismo, la brecha de género en esta misma población paso de 5,11 puntos porcentuales en 2007 a 3,12 puntos porcentuales en 2020 (trimestre diciembre - enero). Esta reducción se produjo por una disminución de la tasa de informalidad de los hombres menos pronunciada que la de las mujeres, pasando de 49,95% a 46,46% y 55,06% a 49,58% respectivamente (8).

Informalidad, sus causas teóricas y soluciones de política publica

Las diferentes vertientes teóricas sobre las causas de la informalidad basan sus explicaciones en las relaciones de los agentes económicos con el estado, su fuerza coercitiva reguladora, su función para mitigar fallas de mercado, asegurar el suministro de bienes públicos y mantener condiciones para la igualdad de oportunidades (9).

Así, hay dos vertientes generales (10): 1) los agentes económicos que están en la informalidad lo hacen por voluntad propia, producto de su deseo de escapar de cargas fiscales excesivas y regulaciones complicadas que ponen en riesgo su supervivencia en el mercado, es decir, para estos agentes, el cálculo costo-beneficio es superior estando en la informalidad que cumpliendo con las regulaciones que el estado establece respecto a normas laborales o impositivas, ven que podrían disfrutar de mayores beneficios, dada su capacidad, estando en la informalidad, puesto que los beneficios que da el estado por estar en la formalidad no son suficientes para superar la reducción en costos, la flexibilidad laboral en horarios y lugares de trabajo que les puede proporcionar la informalidad, entre otros beneficios monetarios y no monetarios, lo anterior, complementado por la incapacidad estatal por hacer cumplir las normas; 2) la segunda explicación es contraria pero complementaria a la primera, en esta, los

agentes económicos no “escapan” de las regulaciones buscando mejores beneficios, sino que son “excluidos” de la formalidad, producto de la decisión de su empleador de mantenerse en la informalidad buscando sobrevivir, dado su estado de desarrollo precario, de bajo crecimiento y potencial, producto de una baja inversión en capital y acceso a tecnología, y dado la incapacidad del sector formal de absorber toda la mano de obra, es decir disparidad entre la demanda y la oferta laboral (11).

Por otro lado, los trabajadores poco cualificados abundantes, con bajas oportunidades en la economía formal, dada sus capacidades, ven la informalidad como una válvula de escape para sobrevivir. Así entonces, se puede decir que las razones de la informalidad son por escape o por exclusión (voluntaria o involuntaria) (9,10).

Sandoval (12) explica en su trabajo la mayoría de las causas de la informalidad, que se pueden enmarcar dentro de las corrientes estructuralistas o institucionalistas, causas que también señala Uribe et al (11) Fajnzylber (9) o Quejada et al (13). En primer lugar, explica las “causas remotas” como el efecto de disparidades entre oferta y demanda producto de un excedente de mano de obra natural, por el desarrollo económico más intensivo en capital, tecnología y mano de obra cualificada y menos intensivo en mano de obra no cualificada, que busca refugio en la informalidad. En segundo lugar, están las causas próximas, que explica el autor son coyunturales, por lo tanto, hace que la informalidad sea estacional, reversible y de corta o larga duración. Estas causas son el crecimiento del desempleo, migración internacional de población, migración de las zonas rurales a las urbanas, complementariedad de la actividad informal con la formal, exceso de normas y leyes aplicadas a la actividad económica, laxitud en la aplicación de normas y leyes, fomento a la informalidad por razones políticas y corrupción de funcionarios o instituciones públicas.

Para Fajnzylber et al (9) o Uribe et al (11) la informalidad es un problema que refleja subdesarrollo. En sus trabajos, muestran como la informalidad se ve reflejada de acuerdo con el nivel de desarrollo económico dado, es decir, “es simplemente una etapa del pro-

ceso de desarrollo” (9). Las diferentes corrientes que Uribe et al (11), Quejada et al (13) llaman institucionalista (informalidad voluntaria o por escape) o estructuralista (Informalidad involuntaria y por exclusión) no tienen que ser excluyentes una a otra, al contrario, se pueden combinar para formar una teoría general de la informalidad y formular estrategias de política pública más completas. Así entonces, Fajnzylber et al (9), señalan que la primera solución de política pública para la informalidad es el aumento de la productividad del sector formal, ya que esto aumentaría los beneficios de trabajar en este sector, disminuyendo así la relación costo-beneficio del trabajo informal, haciendo a este último menos atractivo. Un aumento en la productividad del sector formal y su consiguiente creación de empleo reduciría la tasa de desempleo, permitiendo absorber la oferta de trabajo.

Este aumento de la productividad debe ser conducido tanto por un aumento en las inversiones de capital y tecnología, como en capital humano, puesto que, dado que el sector formal tiende a demandar mano de obra calificada, la oferta laboral debe corresponder con estas características en términos de capital humano (9,13). Asimismo, un mal diseño de los sistemas de seguridad social, garantías laborales y medidas de seguridad para los trabajadores, pueden generar pérdidas considerables de trabajo formal, por ello, estas deben ser diseñadas con la suficiente flexibilidad, permitiendo que estas medidas no terminen generando informalidad y perjudicando así a los trabajadores, como sucedió en Colombia en los años 90 (9,14). Lo anterior lo llama Mejía y Posada (14) un nivel óptimo de enforcement que permita a las empresas formales adaptarse a la economía mundial globalizada, y ampliar el empleo formal y reducir el escape al mismo. Asimismo, el nivel óptimo de enforcement debe alejarse del extremo de la desprotección del trabajador, pues según Fajnzylber (9) esto “puede generar una rotación del empleo más alta e incentivos menores para la capacitación y quizá contribuya a la cultura general de la informalidad”, además de lo injusto que sería este arreglo.

La formalidad implica una serie de costos y beneficios, estipulados dentro del contrato social. La captura del estado por una parte

pequeña de la sociedad hace ver que este acuerdo social no se cumple y que el estado solo beneficia a unos pocos, lo que incentiva el incumplimiento de regulaciones y refuerza la cultura de la ilegalidad. Para Fajnzylber et al (9), un mayor escape a la informalidad se relaciona con una mayor desconfianza hacia el estado. Esto, según estos mismos autores, no se soluciona reduciendo al estado o la capacidad del mismo, sino aumentando la capacidad de este, mejorando la calidad del gasto, la capacidad de fiscalización de las instituciones, así como mejorar la eficiencia del mismo y el suministro de servicios que incentivan la formalización, es decir, no solo es aumentar la fiscalización del estado, sino los incentivos del estado.

Tabla 3. Enfoque integrado de la OIT

<i>Productividad</i>	<i>Normas</i>	<i>Incentivos</i>	<i>Fiscalización</i>
Macro (entorno)	Información y capacitación	Vinculación a formalidad empresarial	Cultura de cumplimiento
Meso (Sectores, cadenas)	Simplificación	Vinculación a la seguridad social	Fortalecimiento institucional
Micro (nivel de empresas)	Diálogo social	Aproximaciones específicas	Enfoques específicos
<i>Asalariados</i>			
<i>Independientes</i>			
<i>Trabajadores del hogar</i>			

Extraído de: OIT (21)

Por otra parte, la OIT (21) presenta un “enfoque integrado” de políticas públicas para combatir la formalidad que han tenido resultados “más robustos” en América Latina y el Caribe, que cuando se opta por la aplicación de estrategias por separado. Este enfoque (Tabla 3) agrega las causas y las soluciones que presentan los autores antes mencionados, tales como mayor productividad, fiscalización efectiva, incentivos a la formalidad y normas con un enforcement óptimo.

Explicaciones teóricas de la brecha de género en la informalidad laboral

Como se mostró en el apartado anterior, existe una brecha de género negativa para las mujeres en el trabajo informal en todo el mundo. Las causas de estas brechas son diversas y se han explorado desde diferentes enfoques (estructuralista e institucionalista). Una explicación es el hecho de que las economías formales no logran absorber todo el empleo disponible, empujando una cantidad cada vez mayor de personas a la informalidad, donde las mujeres terminan rezagadas frente a los hombres, ocupándose en empleos precarios, temporales y de naturaleza informal (4,16-18). Las razones para este rezago son diversas, pero poco tienen que ver con razones objetivas, es decir, con características visibles (19), como mayor productividad o habilidades apreciables (20), y más con discriminación basado en género: prejuicios, roles impuestos, o lo que Heilman (21) llama descripción y prescripción de roles que se transfiere de generación a generación (22) y forman barreras que le hace muy difícil a las mujeres acceder al trabajo remunerado y, más difícil aún, al trabajo formal (23). Esto último, (los prejuicios y roles impuestos basados en género) es la principal explicación de que las mujeres estén insertadas en mayor medida que los hombres en actividades domésticas y del cuidado: por un lado se describe que hacen “las mujeres” e incluso como “son las mujeres”, además de describir como “deberían” ser y hacer las mismas, es decir, las mujeres “son y deberían ser” las principales responsables de actividades familiares y del cuidado, y

esta desigualdad en los roles y responsabilidades que se asumen en estas actividades, forman las principales causas para las desigualdades de género en el mercado laboral y la calidad del empleo (16,17).

Por otro lado, la necesidad de conciliar el trabajo remunerado (papel productivo) con el no remunerado (papel reproductivo) hace que las mujeres busquen trabajos más flexibles, es decir, es una vía de escape a condiciones laborales, si bien precarias, más compatibles con sus responsabilidades familiares (4,16,18,24,25). Lo anterior ha segregado a las mujeres al trabajo informal y ha profundizado la discriminación basada en género, que, si bien el trabajo informal ha significado una oportunidad para muchas mujeres, esto ha ampliado las brechas de género en el salario, seguridad social y otros temas relacionados con la calidad del trabajo y trabajo decente (4,26-28). La formación y calificación, esenciales para la productividad en el trabajo remunerado y la exclusión de las mujeres de la educación formal es una explicación desde un enfoque positivo a esta brecha, sin embargo, en América Latina, pese a que las mujeres en muchos países de la región cuentan con igual e incluso mayor educación que los hombres, la tasa de informalidad es mayor que la de sus pares masculinos (6). Por otro lado, las desigualdades entre hombres y mujeres entorno a su responsabilidad en las tareas familiares, les resta capacidad a las mujeres para adquirir capital humano, siendo esta una razón desde un enfoque positivo para la brecha, esto no es la causa de la brecha, sino un síntoma de la desigualdad de género (4,23,29).

Otro aspecto para destacar es la segregación laboral de las mujeres a trabajos de ciertas características “femeninas” como parte de la descripción y prescripción de roles ya mencionado. Así, como se detallará más adelante, en Colombia, por ejemplo, las mujeres se emplean en el sector terciario, como comercio, restaurantes y hoteles, siendo estos sectores los que más demandan trabajo informal (7).

Descripción del mercado laboral del AMCO

El Área Metropolitana Centro Occidente (en adelante AMCO) es el área administrativa que reúne a los municipios de Pereira, la

Virginia y Dosquebradas. El municipio de Pereira es la capital del departamento de Risaralda (Colombia) y funge como el centro principal del sistema económico de la región. Dicha actividad económica se ha concentrado principalmente en el sector comercio y servicios con una aceptable participación del sector industrial, lo que ha generado, lógicamente, que sean estos sectores los que más empleo generen.

Cuando se analizan los principales indicadores del mercado laboral del AMCO, se puede observar grandes brechas en el mercado laboral entre hombre y mujeres, siendo estas últimas las más afectadas por esta situación.

Tabla 4. Principales Indicadores Laborales del AMCO, Año 2019.

	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Brecha</i>
Tasa de Ocupación	68,3%	46,4%	21,9 pp
Tasa de Desempleo	10,4%	7,5%	2,9 pp
Tasa de Informalidad	44,6%	51%	6,4 pp

Fuente: Construcción Propia con base en GEIH (DANE 2019)

Características de la informalidad femenina en el AMCO

La informalidad tiene serias implicaciones sobre el trabajo decente. El que las mujeres sufran de mayor informalidad que los hombres (Tabla 4) hace evidente la persistencia de la desigualdad de género en el AMCO. Si la informalidad es vista como el no cumplimiento de normas formales, tales como el pago de impuestos, registros contables, pago de costos laborales, entre otros, también supone el hecho de que las mujeres están sujetas a mayores riesgos para su salud y menores garantías para el reconocimiento de sus derechos, como salarios dignos, licencias remuneradas y pueden ser más vulnerables a relaciones laborales abusivas. En el AMCO, la mayoría de las trabajadoras informales trabajan por cuenta propia (Gráfico 1), es decir, laboran bajo su propio riesgo, sin un contrato laboral formal o

informal que las proteja y sin garantías de un salario estable y seguro.

Asimismo, las trabajadoras informales de empresa particular, aunque su dependencia laboral puede significar un acuerdo salarial, estas pueden estar sujetas a mayor vulnerabilidad por no estar sujeta a las garantías laborales de la formalidad. El trabajo doméstico sigue siendo un importante generador de trabajo informal para las mujeres, ello implica la persistencia en los roles del cuidado, incluso en la producción de bienes y servicios. Lo anterior se hace más evidente en la segregación del trabajo informal en las ramas de actividad que hacen parte del sector servicios, el 88,9% de la informalidad laboral femenina se concentra en estos sectores (Gráfico2).

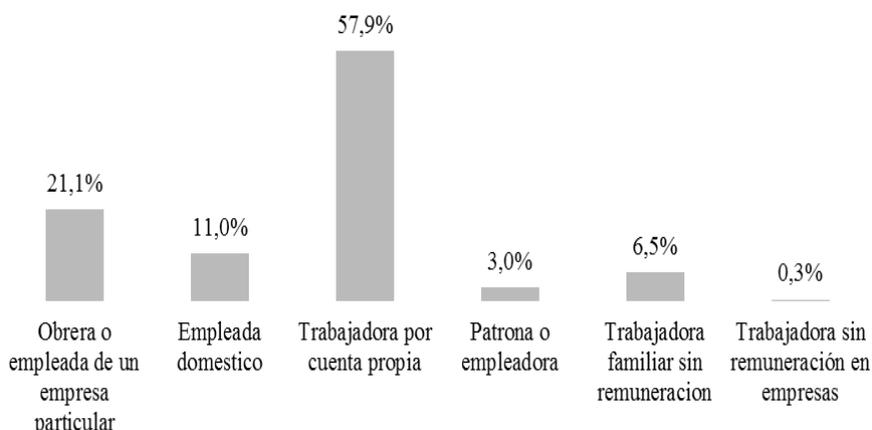


Gráfico 1. Tipo de empleo de las trabajadoras informales
Fuente: Construcción propia con base en GEIH (DANE 2019)

La segregación de la informalidad femenina en el sector servicios puede relacionarse con la búsqueda de un trabajo remunerado compatible con el no remunerado, o por la exclusión de las trabajadoras menos capacitadas a los trabajos con peores condiciones generales, esto último se hace evidente al determinar que el 81,6% de las mujeres informales solo alcanzaron educación secundaria. Lo anterior se reafirma con el hecho de que el 96% de los trabajadores informales, tanto hombre como mujeres, no buscan mejorar sus condiciones, en el caso de las mujeres, sus responsabilidades en los hoga-

res pueden excluirlas o producir incentivos para el escape a la informalidad, dado sus condiciones más flexibles. Asimismo, el tiempo que le dedican las mujeres al hogar reduce su oportunidad para capacitarse, en el AMCO la mayoría de las mujeres informales dedican entre 20 y 30 horas semanales a la economía del cuidado, este tiempo es superior al tiempo mínimo necesario para realizar un programa de educación terciaria, por ejemplo.

El sistema de salud en Colombia es universal, producto de los mandatos de su Constitución y las sentencias de la Corte Constitucional. Ello protege a los trabajadores que, aunque no paguen por su atención en salud, el estado les asegura una atención mínima suficiente. Los datos muestran cómo, a pesar de su condición de informalidad, casi la mitad de las trabajadoras están afiliadas al régimen contributivo, ya sea porque pagan su salud (que es poco probable), o porque algún familiar cercano las incluye dentro de su plan.

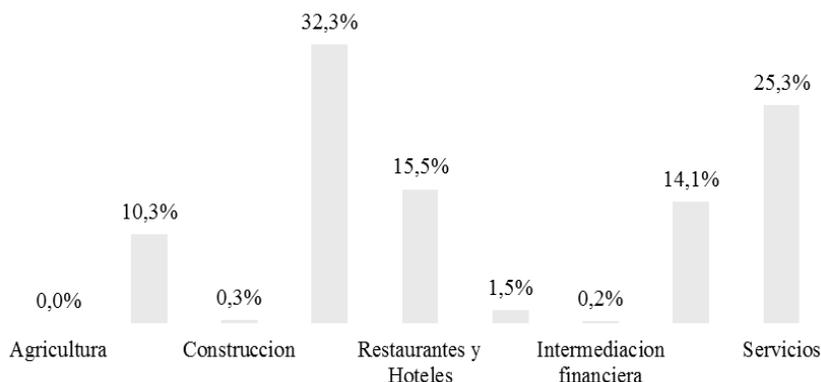


Gráfico 2. Rama de actividad económica en la que se desempeñan las trabajadoras informales.

Fuente: Construcción propia con base en GEIH (DANE 2019)

Esto último se puede hacer más evidente de acuerdo con los datos que se presentan en el gráfico 4, en donde solo el 10,5% de las mujeres informales están afiliadas a algún sistema de pensión, puesto que, a diferencia del régimen de salud, el régimen de pensión no permitela inclusión del núcleo familiar dentro de dicho plan. Entonces, la informalidad parece no ser un problema en cuanto a la aten-

ción en salud de las mujeres informales, pero si en asegurar un ahorro para una vejez digna.

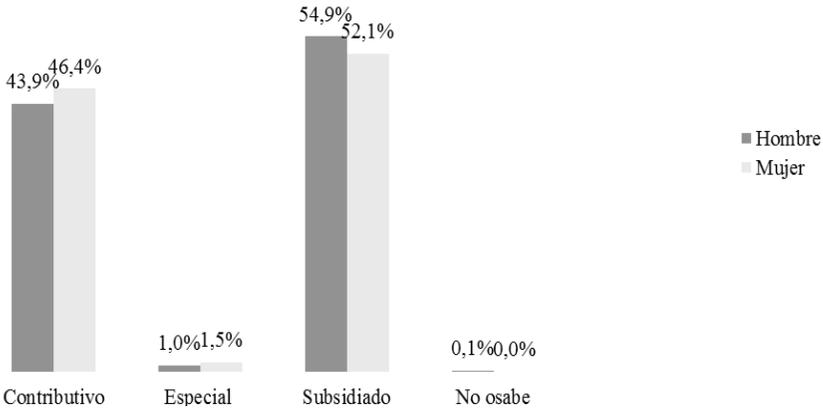


Gráfico 3. Afiliación al sistema de salud de trabajadores informales por género y régimen.

Fuente: Construcción propia con base en GEIH (DANE 2019)

Dentro del análisis de otros aspectos de la población trabajadora informal, los datos muestran que el 93% de los hogares con una mujer trabajadora informal, es monoparental. Las dificultades implícitas en esta tipología de hogar pueden reforzar los incentivos para buscar trabajos flexibles, buscando conciliar el trabajo remunerado con el no remunerado.

De otro lado, en el análisis de brechas salariales, se encuentra que en general para el AMCO en el año 2019 dicha brecha se encuentra en 17,5% y al centrar el análisis a los trabajadores informales, la diferencia se amplía al 33,6%, lo que quiere decir que las mujeres trabajadoras informales ganan 33,6 pesos menos por cada 100 pesos que gana un hombre.

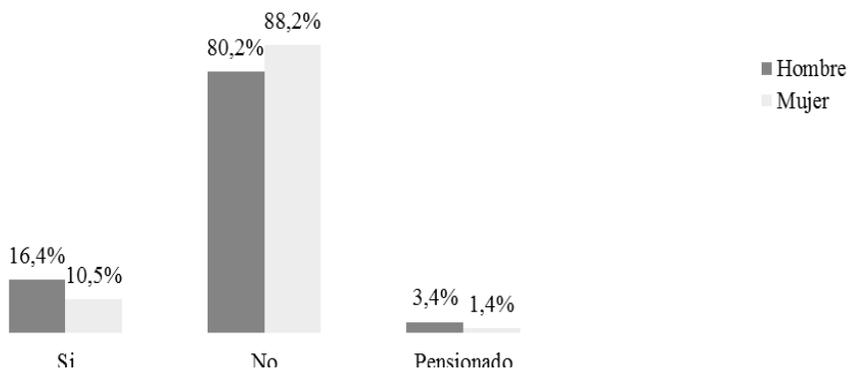


Gráfico 4. Afiliación al sistema pensional de trabajadores informales por género.
Fuente: Construcción propia con base en GEIH (DANE 2019)

Conclusiones

Las organizaciones multilaterales como la OIT han tenido un papel reactivo frente a la desventajosa posición de las mujeres en el mercado laboral, y los diferentes convenios promulgados solo han venido a respaldar los movimientos y corrientes ya existentes que han logrado equilibrar un poco las cancha al interior de los países. Los avances percibidos en el trabajo decente a lo largo de más de 100 años han sido producidos por una mayor participación de las mujeres en las posiciones de toma de decisiones en el sector privado y público, así como acceso a derechos políticos.

También, la mayor participación de ellas en el mercado laboral se debe a coyunturas económicas que producen incentivos para una mayor actividad de estas en el trabajo remunerado, así como un avance hacia unos roles y responsabilidades familiares más equitativo entre hombres y mujeres, sin embargo, el aumento de la tasa de participación laboral femenina se hace, generalmente, a través del trabajo informal. El trabajo informal emplea a la mayor parte de los trabajadores del mundo, y parece ser un fenómeno lejos de ser superado, pues su principal causa es una economía formal incapaz de producir suficientes trabajos formales, y esto a su vez está relacionado con el nivel de desarrollo de los países, es decir, una alta informalidad laboral es un síntoma de una etapa de desarrollo de bajos y medianos ingresos.

La brecha de género en la informalidad es producida, por un disparidad en las responsabilidades que tienen los hombres y mujeres en la economía del cuidado: las mujeres ven el trabajo informal como una opción más compatible con sus actividades familiares, además, una mayor demanda de tiempo (relativo al tiempo dedicado por los hombres) por las actividades en los hogares, les hace más difícil que a sus pares masculinos, acumular el suficiente capital humano para ser empleadas en el sector formal. Por otro lado, estas se emplean en sectores con actividades percibidas como “femeninas”, siendo estos sectores los que más demandan trabajo informal, tal cual sucede en el AMCO.

Los trabajadores informales del AMCO, en promedio, tienen entre 28 y 37 años, cuentan con educación de nivel secundario, pero no estudian en un programa de educación terciaria; están afiliada al sistema de salud público (régimen subsidiado) pero no ahorran para una pensión; son madres en una familia mono parental; son trabajadoras por cuenta propia, se dedican al comercio y realizan su trabajo en su vivienda; tienen un ingreso de entre 500.000 pesos y 1.000.000 de pesos. Lo anterior tiene serias consecuencias en el desarrollo de las carreras laborales de estas mujeres, su vida personal, así como en sus familias: siendo estas jefas de una familia mono parental, los ingresos producidos por ellas configuran pobreza monetaria, asimismo, dado que son jefas de hogar, la necesidad de conciliar sus responsabilidades familiares con el trabajo remunerado, así como su baja cualificación que se produce por sus roles dentro de la institución familiar, forman incentivos de escape y de exclusión que las mantendría empleadas en el trabajo informal.

En cuanto a la calidad del trabajo, las trabajadoras informales del AMCO están lejos de disfrutar del trabajo decente, con un ingreso digno y protección social, estas tienen menores ingresos que los hombres y aunque están afiliadas a un sistema de salud, no ahorran para una pensión. La informalidad en general es un mal en el que se ha avanzado, sin embargo, la inestabilidad económica y el lento crecimiento ha estancado la superación del mismo. En el estrechamiento de la brecha de género en la informalidad también se ha venido

avanzando, pero el bajo desempeño económico está afectando más a las mujeres trabajadora informales que a los hombres, y sumando los prejuicios, roles y responsabilidades impuestos a estas, las mujeres trabajadoras informales sufren de una doble desventajas frente a los hombres.

Referencias bibliográficas

1. OIT. Panorama Laboral Temático 5: Mujeres en el mundo del trabajo. Retos pendientes hacia una efectiva equidad en América Latina y el Caribe [Internet]. Lima: Organización Internacional del Trabajo Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2019 [citado el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_715183.pdf
2. OIT. Un paso decisivo hacia la igualdad de género: en pos de un mejor futuro del trabajo para todos [Internet]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2019 [citado el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_674751.pdf
3. OIT. Mujeres y hombres en la economía informal: un panorama estadístico [Internet]. 3 ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2018 [citado el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_635149.pdf
4. Chant SH, Pedwell C. Las mujeres, el género y la economía informal: evaluación de los estudios de la OIT y orientaciones sobre el trabajo futuro. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2008. 60 p.
5. OIT. Medición de la Economía Informal [Internet]. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2013 [citado el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/emppolicy/pubs/WCMS_229429/lang--es/index.htm
6. WEF. Global Gender Gap Index [Internet]. Ginebra: WEF. 2019; [citado el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf
7. PNUD. Serie de metodologías para el análisis del mercado del trabajo en Colombia: brechas de género en el mercado laboral [Internet]. Bogotá: PNUD Oficina Colombia. 2014; [citado el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://issuu.com/pnudcol/docs/bocetodiagramadobg1>

8. DANE. Anexo Informalidad dic19 - feb20 [Internet]. Bogotá: DANE 2020; [citado el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/anexo_informalidad_dic19_feb20.xls
9. Fajnzylber P, Perry GE, Maloney WF, Arias O, Mason A, Saavedra-Chanduvi J. Informalidad: Escape y Exclusion [Internet]. TheWorld Bank; 2008 [citado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-9-5883-0721-3>
10. Calderón Díaz, MA. Revisión de la literatura sobre economía informal y trabajo de mujeres. *Semest Econ.* 2018 Jul 2;21(48):51–71.
11. Uribe J, Ortiz, C, Castro J. Una Teoría General Sobre la Informalidad Laboral: el Caso Colombiano. *Economía y Desarrollo.* 2006; Volumen 5 (2): p. 214-273.
12. Sandoval Betancour G. La informalidad laboral: causas generales. *Equidad Desarro.* el 1 de julio de 2014;(22):9.
13. Quejada Pérez R, Yáñez Contreras M, Cano Hernández K. Determinants of labor informality: an analysis for Colombia. *indes.* el 15 de enero de 2014;22(1):2–21.
14. Mejía D, Posada CE. Informalidad: teoría e implicaciones de política [Internet]. Bogotá, Colombia: Banco de la República; 2007 sep [citado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/5473>
15. OIT. Panorama Laboral Temático 1. Transición a la Formalidad en América Latina y el Caribe [Internet]. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2014 [citado el 3 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_315054.pdf
16. Conferencia Internacional del Trabajo, editor. El trabajo decente y la economía informal. [Internet]. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2002. [citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf>
17. OIT. La economía informal, Comisión de Empleo y Política Social, documento para debate y orientación [Internet]. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2007. [Citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb/docs/gb298/pdf/esp-4.pdf>
18. Carr M, Chen M., *Globalization and The Informal Economy: How*

- Global Trade and Investment Impact on The Working Poor. [Internet]. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2001. [citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_122053.pdf
19. Galvis-Aponte LA. Diferenciales salariales por género y región en Colombia : una aproximación con regresión por cuantiles [Internet]. Bogotá, Colombia: Banco de la República; 2010 sep [citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/3024/dtser_131.pdf
20. Zenger J, Folkman J. Research: Women Score Higher Than Men in Most Leadership Skills [Internet]. Harvard Business Review, Digital Article; 2019 jun [citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://hbr.org/2019/06/research-women-score-higher-than-men-in-most-leadership-skills>
21. Heilman ME. Description and Prescription: How Gender Stereotypes Prevent Women's Ascent Up the Organizational Ladder. *J Social Issues*. enero de 2001;57(4):657–74.
22. Haaland VF, Rege M, Telle K, Votruba M. The intergenerational transfer of the employment gender gap. *LabourEconomics*. junio de 2018;52:132–46.
23. Eagly A, Carly L. Women and the Labyrinth of Leadership [Internet]. Harvard Business Review. 2007 Sep [Citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://hbr.org/2007/09/women-and-the-labyrinth-of-leadership>
24. Hein CR. Reconciling work and family responsibilities: practical ideas from global experience. Geneva: Internat. Labor Off; 2005. 207 p.
25. Berniell I, Berniell L, de la Mata D, Edo M, Marchionni M. Mujeres en Busca de Flexibilidad: Maternidad e Informalidad laboral [Internet]. La Plata: CEDLAS; 2019 [citado el 3 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/mujeres-en-busca-de-flexibilidad-maternidad-e-informalidad-laboral/>
26. Abramo LW, Valenzuela MA. Trabajo decente y equidad de género en América Latina. 1. ed. Vitacura, Santiago de Chile: Abramo LW ed, Oficina Internacional del Trabajo; 2006. Capítulo 1, Inserción Laboral y Brechas de Equidad de Género en América Latina; p. 29-62.
27. Bertranou FM. Trabajo decente y equidad de género en América Latina. 1. ed. Vitacura, Santiago de Chile: Abramo LW ed, Oficina Internacio-

nal del Trabajo; 2006. Capítulo 9, Pensiones, género y (des)protección social: ¿Una agenda pendiente?; p. 265-287.

28. Lund F, Srinivas S, International Labour Office. Learning from experience: a gendered approach to social protection for workers in the informal economy. Geneva: International Labour Office; 2005.

29. Gallart MA. Habilidades y Competencias para el Sector Informal en América Latina: Una Revisión de Literatura sobre Programas y Metodologías de Formación [Internet]. CENEP, Programa Focal Sobre Conocimientos Técnicos y Prácticos y Empleabilidad. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2002. [Citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_104015.pdf

CAPÍTULO IV

Padres adolescentes

Conocimientos y prácticas sobre sexualidad y planificación familiar

MARÍA DEL PILAR GÓMEZ-GONZÁLEZ

ALEXIS CHÁVEZ-DÍAZ

CAROLINA GÓMEZ-GONZÁLEZ

Resumen

La educación y acceso a la salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental, contemplado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, planteando la universalidad y empoderamiento como eje articulador para lograr la igualdad de género, con énfasis en la perspectiva de la mujer, sin embargo, desde la Conferencia del Cairo-1994 se reconoce la importancia de vincular al hombre para disminuir riesgos y daños para la salud, tanto de hombres como de mujeres, destacando que todo fenómeno social debe contemplar a todos sus actores para tener una comprensión general y plantear intervenciones con mayor impacto.

Desde los estudios de género de los hombres, se ve la necesidad de visibilizar a estos sujetos, trascendiendo los estereotipos asignados a ellos, reconociendo la falta de apoyo, información y acompañamiento, que en muchos casos se refleja en la baja percepción de riesgo por parte de los hombres relacionados con los métodos de protección, así como la poca inclusión en dicha temática, por esta razón se planteó como objetivo Caracterizar a los padres adolescentes, sus conocimientos y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en la zona metropolitana de Guadalajara, 2015-2016. Se realizó un estudio cualitativo, privilegiando las narrativas de hombres de 16-19 años que estaban experimentando la paternidad. Dentro de los hallazgos se pudo evidenciar que la masculinidad hegemónica determina los conocimientos y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva.

va, a través de la cual se legitiman estereotipos que generan barreras a los hombres, así como desigualdades entre la pareja con respecto a la toma de decisiones, que a su vez se refleja en la construcción del riesgo que lleva a la adopción de comportamientos que aumentan la vulnerabilidad de esta población.

Palabras clave: Paternidad, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, conocimientos, padres adolescentes.

Introducción

El género es una construcción sociocultural en la que se atribuyen significados y se asignan roles a los sujetos según el sexo biológico, a partir de lo cual se determinan las formas de relacionarse y comportarse (1). En la población adolescente, es decir, aquellos individuos que están entre los 10 y 19 años (2), que se caracterizan por los cambios físicos, sociales, psicológicos y emocionales, siendo el punto de transición desde la niñez a la edad adulta (3), hay una necesidad de seguir los modelos construidos socialmente y que determinan la construcción de la identidad.

Es en esta etapa y proceso de moldeamiento y demostración de la identidad, en la que hay un especial énfasis en la búsqueda de la autonomía emocional, personal y económica, tratando de encajar en los modelos planteados desde la concepción del sistema patriarcal. Este proceso de definición y afianzamiento de las características se da de manera heterogénea y dependientes de las características del grupo social, experiencias individuales y de la colectividad, así como de los antecedentes propios del contexto socio-cultural en el que se desenvuelven (4,5).

Precisamente son los elementos culturales a través de los cuales se configuran los significados y prácticas de cada individuo de acuerdo con su sexo biológico, un claro ejemplo es la masculinidad hegemónica a partir del cual se significa lo que es ser hombre, a través de la cual se plantean características y se perpetúan los mandatos y comportamientos que por concepción sociocultural se asignan a los sujetos pertenecientes al género de los hombres.

En la población de hombres adolescentes, quienes están en un proceso de búsqueda de aceptación en los grupos sociales, demostración de su hombría y virilidad, hay una especial atención y prácticas relacionadas con la hipersexualidad (6), la iniciación en la vida sexual de manera temprana, el número de parejas, el no uso de MAC; llevando a esta población a la exposición a comportamientos de riesgo (7), lo cual está reforzado y apropiado por el grupo de pares, quienes son jueces de comportamientos, y en muchos casos los principales factores motivacionales para la toma de decisiones y comportamientos para ser considerados aptos y que cumplen con los mandatos sociales (8).

Cuando se habla de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) esta es definida como el equilibrio entre lo físico, mental y social desde el punto de vista de la sexualidad (6), la cual es central en los procesos de desarrollo y de socialización de los seres humanos y que tiene prioridad en la población adolescente debido a que son considerados de alto riesgo como resultado de la falta de madurez emocional y física, la cual es evidenciada en la toma de decisiones relacionadas con este tema, así como con el conocimiento y uso de métodos de protección, con una baja percepción de riesgo, haciéndolos un grupo muy vulnerable para contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y frente al embarazo/paternidad precoz (7).

Tanto en hombres como en mujeres adolescentes, se ha determinado que su vulnerabilidad está relacionada con la falta de conocimientos, redes de apoyo, así como las barreras propias de la organización institucional y aspectos culturales, limitando la posibilidad de diálogo sobre la temática (8–10), generando mayores dificultades para acceder a información, capacitación y a los métodos de protección, con calidad y oportunidad (9,10).

Tal como se ha planteado, la sexualidad y el género tienen un punto de convergencia importante y que determina los comportamientos, llevando en muchos casos a la generación de desigualdades, por ejemplo, de manera tradicional los programas de SSR han tenido un enfoque feminizado, limitando la posibilidad de acceso por parte de los varones a todo lo que incluyen las estrategias dirigidas a ad-

quirir conocimientos, tener acceso a los métodos anticonceptivos, llevando que la manera de obtener conocimientos sea a partir de fuentes no oficiales y competentes que les den una guía adecuada frente a esta temática (11).

Tradicionalmente los programas de SSR han tenido un enfoque feminizado, limitando la posibilidad de acceso por parte de los varones a todo lo que incluyen las estrategias dirigidas a adquirir conocimientos, tener acceso a los métodos anticonceptivos y más importante, conocer sus necesidades, miedos, expectativas, limitando su forma de obtener conocimientos a partir de fuentes no oficiales y competentes que les den una guía adecuada frente a esta temática (11–13).

Se ha planteado que, si el inicio de la vida sexual en hombres es en edades tempranas, esto aumenta 2 veces el riesgo de no usar ningún método anticonceptivo ni de protección frente a infecciones de transmisión sexual, así como de tener mayor número de parejas sexuales, aumentando las probabilidades de embarazos en esta etapa, así como de ITS, lo cual es más frecuente en personas de estratos socioeconómicos menos favorecidos, aportando a la perpetuación de las malas condiciones de vida (14).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado y a los antecedentes evidenciados con relación a los y las adolescentes y su SSR, en Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se han considerados como prioritarios debido a los resultado de los múltiples riesgos y vulnerabilidad atribuida a la exposición a diversas barreras como la posibilidad de acceso a temas, procesos e información sobre educación en sexualidad enfocada a las necesidades reales de esta población, así como a los métodos de prevención (15), destacando que en muchos casos se tiene la disponibilidad de métodos anticonceptivos, pero no con el recurso humano que haga un acompañamiento y asesoría pertinente (16).

A pesar de estos planteamientos, las diferencias con respecto a posibilidades de acceso a información, acompañamiento y de inclusión de la perspectiva de los hombres en los programas y/o políticas públicas relacionadas con la SSR, estos sujetos son reconocidos des-

de la Conferencia del Cairo en 1994 como actores centrales para la disminución de riesgos y daños para la salud de otros y de ellos mismos (17).

En este sentido, y partiendo de las inequidades evidenciadas con respecto a la SSR, se planteó la necesidad de abordar esta temática en población de hombres adolescentes que están experimentando la paternidad, es decir, aquellos hombres que son padres y aquellos que su pareja estaba en el proceso de embarazo.

Esta selección de la población está relacionada con los principios de universalidad y la indivisibilidad, del objetivo de inclusión planteados por los ODS, y alineados con las necesidades evidenciadas desde los estudios del género de los hombres en los que se llama la atención de su vinculación para evidenciar las experiencias, conocimientos y visiones desde la perspectiva de los hombres.

El embarazo en la etapa de la adolescencia ha sido un fenómeno de salud global y social visualizado desde diversas perspectivas, entre las cuales están las ciencias sociales, económicas, políticas e incluso las ciencias biológicas y la salud pública, en las cuales se resalta su impacto debido a que es percibido como factor causal o predisponente para malas condiciones de vida, perpetuación de la pobreza y problemas de salud, caracterizándose por tener un abordaje principalmente desde la mujer y el binomio madre-hija/hijo.

Este análisis ha permitido un amplio conocimiento de las características, necesidades y consecuencias para dos actores dentro de este fenómeno; además de promover diversas estrategias para disminuir la frecuencia de este tipo de casos, sin embargo, los programas e incluso las políticas públicas no han logrado su objetivo (18), generando cuestionamientos acerca de la forma en como es estudiado, analizado y comprendido dicho fenómeno social.

Es precisamente esta forma feminizada de estudiar el embarazo en la adolescencia que conlleva a tener una visión limitada del panorama, evitando la comprensión holística de dicha situación, en la cual se estudian y dirigen las estrategias principalmente para los actores más visibles, o por lo menos lo que la literatura hace notar; dejando de lado, e incluso invisibilizando a otros que son determi-

nantes y que su inclusión permitiría mayor comprensión y efectividad en las intervenciones realizadas a dicha población.

Estos actores que resaltan por su ausencia, es la figura del padre, quienes notablemente son excluidos de los informes o aquellos que los mencionan lo hacen principalmente desde el punto de vista epidemiológico, como elementos de riesgo para la salud sexual y reproductiva, donde se pone en evidencia el número de parejas sexuales, el inicio de su vida sexual y los hábitos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos y de protección, pero aspectos como sus propias necesidades, los conocimientos reales e incluso estadísticas de paternidad en esta población es poco abordada (19).

Existen varias publicaciones en las que se incluyen los hombres, destacándose un abordaje estereotipado, donde es común encontrar etiquetas negativas asociadas a su participación durante todo el proceso que incluye la vida sexual, reproductiva e incluso la paternidad, entre las cuales están irresponsabilidad, desinterés, abandono, ausencia e incluso accidente o no planeación y no deseo (20–24), generando consecuencias para dichos sujetos como lo es la legitimación de prejuicios, el desconocimiento de las necesidades reales y sus expectativas.

Cuando se habla de paternidad en la población adolescente se evidencia como su significado y atribuciones son el resultado de los estereotipos, en el cual hay una culpabilización y visión negativa del hombre, limitando la valoración de su desempeño a lo esperado socialmente, es decir, la proveeduría y protección de su familia, invisibilizando sus necesidades, expectativas e incluso temores, así como la importancia que tiene tanto para él como para la pareja y el hijo/hija en cada una de las etapas, desde la toma de decisiones, la inclusión y participación activa durante el proceso de embarazo, nacimiento y crianza, destacando siempre una paternidad distante y en muchos casos como no deseada y no planeada (25).

La frecuencia de hombres que experimentan la paternidad en la adolescencia es notablemente inferior comparado con las mujeres madres en esa misma etapa de la vida (26), lo cual no quiere decir que sea menos importante, por el contrario, es necesario incluir la

perspectiva de esta población para lograr una comprensión holística del embarazo en etapas precoces, para así lograr que las intervenciones propuestas vayan dirigidas a la disminución de consecuencias para dicha población, teniendo en cuenta estos antecedentes, se propuso como objetivo de la investigación Caracterizar a los padres adolescentes, sus conocimientos y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en la zona metropolitana de Guadalajara, 2015-2016.

Precisiones teórico-metodológicas

Para dar cumplimiento al objetivo de investigación y visibilizar los conocimientos y las prácticas frente a salud sexual y reproductiva, así como las características propias de los padres adolescentes se realizó un estudio cualitativo exploratorio, planteado desde el enfoque socioconstruccionista como marco teórico-metodológico, privilegiando los procesos narrativos para visibilizar los conceptos y prácticas de hombres adolescentes que experimentan la paternidad y que por tradición han sido poco escuchados e incluidos en la comprensión de los fenómenos como es el embarazo en la adolescencia, para dar cuenta de esas múltiples realidades y comprender de manera global el fenómeno de interés (27,28).

El proceso de trabajo de campo se llevó a cabo en la Zona Metropolitana de Guadalajara en los años 2015-2016. Debido a las características propias del fenómeno y que la población tiene poco o nulo reconocimiento frente a esta temática, se recurrió a un muestreo por conveniencia en diferentes campos, donde se tuviera contacto a través de personas clave para llegar a cada uno de ellos, conocer sus subjetividades, y realidades (29) desde su propia perspectiva y experiencias para recrear las construcciones, procesos de negociación y vivencias con respecto al objeto de investigación (30,31).

El tamaño de la muestra correspondió a 28 hombres en el grupo etario de 16-19 años, todos procedentes de la Zona Metropolitana de Guadalajara, pero sus situaciones familiares, económicas y sociales fueron muy diversas, favoreciendo la heterogeneidad de las fuentes y las vivencias del fenómeno (32) , lo cual beneficia la comprensión de este, al tener diferentes perspectivas, desde la singularidad

que cada uno de ellos pudo aportar, reconociéndolos como sujetos competentes y representativos de los grupos y del fenómeno a estudiar (33).

Todos los participantes fueron aquellos que sus parejas estaban en el proceso de embarazo o los que ya eran padres. El número de participantes se determinó posterior al ingreso al campo, tomando como marco el concepto de saturación de la información (34), cuyas categorías de referencia fueron la paternidad, así como salud sexual y reproductiva.

Para la recolección de datos y comprensión del fenómeno de interés, se utilizaron dos estrategias, en primer lugar, se aplicó una entrevista estructurada para conocer datos sociodemográficos; y para identificar los conocimientos y prácticas salud sexual y reproductiva se realizó una entrevista semiestructurada, resaltando la importancia de la narrativa dentro del lente epistemológico del construccionismo social (35). Se contó con una guía para la entrevista, construida a partir de la revisión de la literatura, además, se dio paso a los temas emergentes en el proceso de diálogo con cada uno de los participantes y que contribuyeran al cumplimiento del objetivo de investigación. El proceso de entrevista se realizó de manera individual, garantizando la privacidad de los participantes.

Análisis y procesamiento de datos

Para el análisis de la información, se hizo en dos fases, en primer lugar, se procedió a hacer un análisis descriptivo de la información de variables sociodemográficas, se hizo el cálculo de frecuencias y porcentajes, reconociendo en éstas la propiedad de contextualización de las narrativas.

Para el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se realizó un análisis de contenido contextualizado. Se hizo la transcripción de las entrevistas, garantizando la literalidad del proceso, haciendo revisiones permanentes de la ortografía y gramática para evitar modificaciones en las intenciones del discurso e incluso cambios en los significados (36).

Posteriormente se llevó a cabo una codificación abierta de ma-

nera vertical, es decir, la revisión de toda la entrevista en búsqueda de códigos, posteriormente la identificación de categorías emergentes y basadas en la revisión previa de la literatura, es decir, un proceso deductivo, y en mayor proporción, inductivas, que se obtuvieron en el proceso de lectura y relectura del material (37). Para este proceso se utilizó el software Atlas Ti versión 7 con licencia de la Universidad de Guadalajara.

Consideraciones éticas.

Debido a que en el estudio se incluyeron participantes que eran menores de edad, se obtuvo su aprobación para la realización de las entrevistas, además de contar con la autorización por parte de padres y/o adultos que fueran representantes legales. Tanto para este grupo, como para los que ya eran mayores de edad, se contó con el proceso de información y firma del consentimiento informado.

Se tuvo como principios éticos la confidencialidad y privacidad de los participantes y la información como datos personales y de los datos sensibles en los términos de la Ley General de Salud (LGS), el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (RLGSMIS) y de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP).

Para ejemplificar e identificar los participantes, se recurrió al uso de fragmentos de las entrevistas, utilizando seudónimos para garantizar el anonimato de cada uno de los padres adolescentes incluidos en el estudio.

Los padres adolescentes

y sus características sociodemográficas

El promedio de edad de los participantes es de 17,9 años +/- 1,23. La edad mínima fue de 16 años y la máxima de 19 años. La ocupación de los adolescentes se caracteriza porque 6 participantes (21%) distribuían su tiempo, es decir tienen doble ocupación, estudiantes en una jornada y el resto del tiempo trabajan, 2 en el área de

comidas, 1 en el área de servicios y tres en trabajos de producción. Los 22 restantes tienen sólo una ocupación, un caso se dedicaba exclusivamente a estudiar y 21 se dedican a las actividades remuneradas como son: mecánica automotriz (3), sector de alimentos (4), construcción (6), producción y ventas (8).

100% de los padres adolescentes tiene una relación activa con la pareja. En el grupo de los adolescentes que no planearon la paternidad, 50% en el momento de la entrevista todavía vivía con su familia, 25% vivía con la pareja y 25% con la pareja y algún familiar de la pareja. En los adolescentes que, si planearon ser padres, 31.3% vivía con la pareja, 25% vivían con la familia, 43% vivían con la pareja y algún familiar.

A partir del análisis de contenido emergió una categoría analítica que permite tener una visión más completa sobre la paternidad y es acerca de la planeación o no de esta, permitiendo evidenciar además de esto las prácticas sexuales, especialmente el uso de métodos anticonceptivos (MAC).

16 participantes (57%) reportaron que su paternidad fue planeada. 12 manifestaron que no fue algo planeado, sin embargo 9 de estos reportaron que no utilizaban métodos anticonceptivos (MAC) o no lo hacían de manera sistemática y que había conciencia tanto por parte de ellos como de la pareja lo que podía pasar, es por esta razón que se categorizan como paternidades no planeadas y a su vez, no evitadas.

En los siguientes fragmentos de entrevista se pone en evidencia las decisiones y prácticas frente a los MAC. En primera instancia tenemos el caso de un participante que planeó su paternidad, además que en su discurso plantea que el suspender el uso del condón fue una decisión en conjunto con la pareja, y que la responsabilidad y cuidado es asunto que se decide en pareja.

“... Si pues primero si nos estábamos cuidando con condón... lo decidimos los dos...” (Enrique, 17 años).

Por otro lado, se evidencia un padre quien manifestó que ade-

más de usar los métodos para la prevención del embarazo, también tuvo el conocimiento frente al uso como medida para la prevención de ITS, además, se evidencia que en la narrativa hay una clara manifestación de la protección de él hacia su pareja, es decir, que con el uso de los MAC se evitan consecuencias físicas y se cumplen con los mandatos sociales de la protección por parte de los hombres.

Adicional a esto, se puede notar un discurso en el que se ratifica el rol activo y de ejercicio de poder por parte de los hombres hacia las mujeres, resultados similares a los de otros estudios en los que se resalta la jerarquía frente a las responsabilidades y derechos, así como el encargado de asumir la responsabilidad del cuidado de la SSR (38).

“... Siempre me he cuidado, pues por lo que, de las infecciones, muchos contagios que ha habido, por todos esos, tanto para cuidarla a ella y para cuidarme yo... ya no utilizamos” (José Manuel, 19 años).

En la tabla 1 se describen las características de los hombres del estudio según la planeación o no de la paternidad,

Tabla 1. Caracterización de los padres adolescentes según la planeación del embarazo y uso de métodos anticonceptivos.

Paternidad planeada			Paternidad no planeada		
Participante	Edad	Uso de MAC	Participante	Edad	Uso de MAC
Edwin	16	Siempre (condón)	Jorge Alejandro	16	Intermitente (condón)
Cesar	18	Nunca	Alonso	16	Siempre (hormonal)
Derek	19	Intermitente (condón)	Llano	17	Siempre (condón- hormonal)
Luis	19	Siempre* (condón)	Ezequiel	18	Siempre (condón)
Francisco	19	Siempre (coito interrumpido)	Eliceo	19	Nunca
Gerardo	17	Siempre (Método del Ritmo)	Osvaldo	19	Intermitente (condón)
Daniel	17	Nunca	Romeo	16	Intermitente (condón)
Juan Manuel	18	Siempre (condón)	Adrián	16	Intermitente (condón)
José Manuel	19	Siempre* (condón)	Javier	16	Nunca
Juan Carlos	19	Nunca	Patricio	18	Intermitente (condón)

Gilberto	19	Siempre* (condón)	Andrés	19	Nunca
Ernesto	19	Siempre (Método de Ritmo)	Luis Enrique	19	Intermitente (condón)
Gonzalo	17	Siempre* (condón)			
Enrique	17	Siempre* (condón)			
Oliver	18	Siempre* (condón)			
Alan	19	Intermitente (coito interrumpido)			

* Dejaron de usarlo cuando tomaron la decisión de formar la familia

Fuente: elaboración propia.

Conocimientos y prácticas

Al indagar sobre los conocimientos de los MAC en la población de estudio, se pudo constatar que estos hombres tienen información amplia sobre estos, lo cual fue verificado a través de la posibilidad que tuvieron para nombrar más de uno de los métodos, lo cual es similar a los hallazgos en otros estudios epidemiológicos sobre sexualidad en población con características similares (39).

Los MAC más reconocidos por los participantes son el condón, también se mencionan y usan otros métodos como el coito interrumpido y el ritmo. Al indagar en profundidad sobre la forma de uso de estos métodos, se encontraron que existe una conceptualización que es diferente a la realidad de estos, es decir, hay explicaciones que no corresponden con la intencionalidad de estos métodos, ratificando que el hecho de mencionar y enumerarlos, no es garantía del uso y comprensión, por lo que se hace necesario buscar y verificar la interiorización de la información y plantea retos frente a los programas dirigidos a esta población y temática, lo cual debe ser centrado en sus necesidades, expectativas y cumpliendo con requerimientos para que la información sea oportuna, veraz y de calidad (16).

En la siguiente narrativa, se puede notar que en la explicación del método tiene como propósito la prevención del embarazo, explicación que no incluye la prevención de las ITS

del método utilizado por uno de los participantes, lo cual es revelador frente a los riesgos a los que se someten estos jóvenes, pensando no solo en los embarazos/paternidad precoz, también frente a las ITS:

“... allá donde vivo a veces les dan pláticas en el centro de salud, les dan pláticas... antes de tocar a las mujeres hay que saber si es que menstrua hoy, tiene que pasar una semana antes y si es que va a menstruar, si es que quieres tocar a las mujeres tiene que ser una semana antes de que menstrue, eso es lo que me han dicho ahh, y pues le dije no sabes que así me han dicho, pues ¿cuando menstruas-

te?, ah tal día, y le dije ah yo creo que sí podemos hacer la relación, para que no pueda quedar embarazada...”
(Ernesto, 19 años).

Es importante tener en cuenta los factores de riesgo de esta población, analizando la situación de manera multicausal, no solo viendo el aspecto de la sexualidad de manera aislada, por el contrario, incluyendo aspectos contextuales que llevan a la toma de decisiones, recordando la importancia y el impacto que tienen los pares y presión social para iniciar la vida sexual e incluso para exponerse a comportamientos de riesgo, lo cual se asocia con los modelos de la masculinidad y la búsqueda de identidad de estos sujetos, además de la falta de bases informativas sobre los riesgos y demás elementos que los hace vulnerables (40,41).

Pese al conocimiento que reportan tener estos hombres sobre sexualidad, resaltan que muchos de sus actos son producto de “las hormonas”, lo inesperado de la situación, el deseo del momento, donde no se piensa en lo que puede pasar, lo cual es una situación y argumentación desde otros hallazgos con población del mismo grupo etario (40) y tampoco hay arrepentimiento por el resultado final, la paternidad.

La forma en cómo se construyen los conocimientos, lo cual está directamente relacionado con la información y acompañamiento obtenido por parte de las personas capacitadas, aunado con la edad precoz de inicio de la vida sexual, se comporta como factor de riesgo, considerado un elemento determinante para ser vulnerables ante las ITS y embarazos, lo cual es corroborado en este estudio, en el que muchos de los sujetos tienen una baja percepción de riesgo al no usar ningún tipo de método.

Es claro que esta percepción frente al riesgo es otro elemento resultado de los procesos de socialización, en los que el contexto, así como la historicidad (41), por lo que es necesario, más que señalar, hacer un análisis en contexto que lleve a la visibilización de las motivaciones para la toma de decisiones en salud, en este caso de SSR.

En el siguiente fragmento, además de ponerse en claro la baja

percepción de riesgo, lo cual obedece a varios aspectos como es el aspecto romántico, donde se puede evidenciar la intersección entre el uso o no de los MAC y la construcción del amor, el compromiso y la confianza como las principales motivaciones para la toma de decisiones con respecto a la SSR.

“... pues simplemente no me gusta, no sé, no es algo que me preocupe, no me preocupa, no sé... Pues no, no me.. no me preocupa, simplemente yo tengo en mente que a mí no me va a pasar y ya; así que una enfermedad no y ya y pues yo confío en ella, desde un principio yo empecé confiando en ella...” (Eliceo, 19 años)

Desde la Salud Pública, esto es un insumo muy importante, ya que a pesar de que los y las adolescentes y jóvenes, tal como lo han manifestado, tienen información y acceso a los MAC, hay muchos que no tienen la intención de usarlos (42), lo cual hace necesario que se tengan en cuenta los saberes socioculturales, así como la construcción social del riesgo para comprender de una forma integral los posicionamientos de esta población y como poder impactarlos para disminuir las consecuencias.

Por otro lado, se destaca que, a diferencia de otros estudios, esta población de padres adolescentes, a pesar de que empezaron su vida sexual desde muy corta edad, en la mayoría de los casos entre los 13 y 14 años, manifestaron que, a la fecha de la entrevista, su pareja fue la primera y con la única con la que habían tenido relaciones.

“... era la primera con la que había tenido relaciones...Apenas estaba teniendo las clases de sexualidad y todavía no había llegado al tema de los métodos de protección...” (Patricio, 18 años)

Fuentes de información sobre sexualidad y planificación familiar

La información y capacitación sobre sexualidad y métodos de planificación familiar la obtienen de diversas fuentes, clasificadas en cuatro grupos: las fuentes oficiales, la familia, personas cercanas y redes sociales/medios de comunicación. Todos considerados actores protagónicos en el proceso de toma de decisiones frente a la sexualidad y uso o no de MAC (44).

Con respecto a las fuentes oficiales, se menciona al personal de salud, en la mayoría de los casos, profesionales en enfermería, así como las y los orientadores de las instituciones educativas quienes les dan charlas, donde se abarcan temas de anatomía, infecciones de transmisión sexual, embarazo y métodos de protección, sin embargo, hay un llamado por parte de estos jóvenes quienes resaltan que en muchos casos estas jornadas de capacitación no son oportunas y “centradas”.

“... Aquí en la secundaria, creo que es desde... sí desde primero, pero no muy cómo se puede decir, no muy centrado... No más se ponen que las enfermedades y los métodos anticonceptivos, y todo eso; ya en segundo ya te enseñan el, la como se llama los ovarios, la matriz y todo eso, lo del pene y así; ya en tercero te enseñan lo demás que la vagina como está formada y todo eso ya. Pero desde primero pero no muy... ah que la mujer tiene tantas cosas y puedes hacer con eso, no mas es como mas retirado, o sea que el condón que la pastilla anticonceptiva que la, que el parche y todo eso, no más los métodos anticonceptivos que hay y las enfermedades...” (Gonzalo, 17 años).

Estos cuestionamientos son comunes a los encontrados en otros estudios de población mexicana, en la que la falta de comprensión sobre los métodos y su utilidad promueve la asignación de significados y por lo tanto, de prácticas frente a la sexualidad y decisio-

nes de estos adolescentes (43), además se ha encontrado que los prejuicios por parte del personal de los servicios de salud genera barreras y esto lleva a actitudes de rechazo y resistencia por parte de los y las adolescentes (39).

Estas situaciones pueden ser debido a que las personas encargadas de realizar las jornadas de educación sexual no tienen la formación en estas temáticas, refiriéndonos principalmente a las personas de las instituciones educativas, incrementando los riesgos, debido a que no hay un manejo pleno de los datos, generando más dudas e incluso aportando a la baja percepción de riesgo (44).

Hay manifestaciones de necesidades frente a los programas, los cuales deben ser hacia sus necesidades, que sean más personalizados para poder expresar sus inquietudes, miedos y demás, debido a que muchos no sienten la confianza para hablar de estos temas de manera abierta y se sienten intimidados.

Algunos de los adolescentes reconocen que para tener acceso a los MAC lo pueden hacer a través de los servicios de salud, sin embargo, existen casos que consideran que la calidad de los métodos, específicamente condones, no es adecuada, por lo que prefieren buscar en otro lugar, comprar o simplemente no usar.

“... En el seguro te regalan, este, pero pues la verdad no son tan confiables, este es preferible mejor ir a comprar a la farmacia...” (Patricio, 18 años).

El segundo grupo corresponde a las madres y padres de familia, que en algunos casos mencionan que fue con quienes hablaron sobre estos temas, reportando relaciones de confianza para expresar cualquier duda frente a los MAC, sin embargo, son más los adolescentes que reportan que con sus padres no tienen la apertura para tratar estos temas e incluso que sienten pena, aunque se reconoce el impacto que podrían tener este tipo de conversaciones (45).

A continuación, se puede evidenciar lo reportado por uno de los participantes:

“no, en mi casa casi no toman ese tema de póngase el condón así o cosas así, no, no hablan mucho de sexualidad pues... debería ser bueno, no sé, decir consejos, no de si vas a hacer esto, tienes que usar esto para tu bien y cosas así... hablar de esos temas, aunque sean un poco penosos, pero pues si es algo que les tienes decir, brindar esa información...” (Romeo, 16 años).

Es de destacar que la comunicación con los padres es considerada un elemento fundamental en el proceso de aprendizaje y para la toma de decisiones, debido a que la familia representa la principal red de apoyo ante las necesidades propias de los adolescentes, quienes brindan estabilidad, valores y apoyo; son determinantes para la conducta sexual de estos hombres y la prevención de comportamientos de riesgo (46).

“... No más mi madre, la que me daba consejos, que no metiera la pata, y ahorita que lo hice pues me dijo mira ya metiste la pata, tanto que te dije que no lo hicieras dice, pero bueno...” (Alan, 19 años).

A pesar de la importancia, así como el protagonismo reconocido y atribuido a los padres, en muchas ocasiones no tienen las competencias para realizar un proceso de enseñanza y acompañamiento a los adolescentes, buscan delegar esta formación a instituciones como las educativas y/o de salud (44).

Otro de los actores importantes para obtener información sobre sexualidad e incluso sobre MAC y acceder a estos, son los pares, quienes a partir de sus propias experiencias dan guías y pautas a los adolescentes para enfrentar las nuevas experiencias, generando en muchos casos la réplica de comportamientos, sin importar si son seguros o no (42).

“... con un amigo, así pues, todos mis amigos por lo general son mayores y pues yo les digo y pues son muy serios,

pues en el momento de que me ven serio, ellos también empiezan serios y me aconsejan o me dicen que no hacer, qué hacer en situaciones y cosas así yo les digo, yo les... son muy abiertos conmigo y yo con ellos y pues les tengo confianza simplemente a ellos...” (Eliceo, 19 años).

“... si, cuando si, la primera vez que iba a usar un condón con la otra persona, le dije y hazme un paro de írmelos a comprar porque me da pena, y me dijo pero pena ¿por qué? wey, al contrario te deberías sentir orgulloso de que te vas a cuidar, le dije bueno acompáñame pues, ya fuimos y todo y ya me dijo sabes cómo ponértelo wey o te digo; Nel si sé chido, ándale pues...” (Luis, 19 años).

Finalmente, otro de los insumos utilizados por estos adolescentes para obtener la información sobre sexualidad y MAC son las redes sociales y demás medios de comunicación, considerados como una fuente importante de información, específicamente para acceder a datos y detalles que no pueden conocer en otros espacios por temor/pena a ser juzgados o recibir burlas de los demás e incluso cuando no han empezado a tener este tipo de capacitaciones (43).

*“...Apenas estábamos viendo porque recuerdo que aquí nos empezaron a dar (charlas de sexualidad) peropues creo que ya estaba embarazada cuando nos empezaron a decir de eso... pero pues aparte la verdad no es que no haya sabido porque pues la verdad si sabes cómo usar un condón, aunque estés muy chico... **pasan muchos comerciales...**” (Patricio, 18 años).*

Consideraciones finales

Los hombres adolescentes de este estudio tienen conocimientos sobre los MAC, los cuales son mencionados de manera amplia y que, al indagar sobre las formas de uso, se resalta que hay una influencia de las creencias y elementos contextuales que determinan la

forma de significar y tomar decisiones frente a esta temática.

Uno de los elementos centrales en la construcción de los significados, las prácticas y toma de decisiones frente a la sexualidad es el aspecto sociocultural, en el que priman los estereotipos de género. En este sentido se encontraron dos grandes grupos: aquellos hombres que con sus comportamientos y discursos legitiman los roles diferenciales asociados al género, en los que resaltan el ejercicio del poder sobre las mujeres en los temas relacionados con SSR, las decisiones, así como la replicación de estereotipos como lo es la responsabilidad del cuidado de la otredad.

Por otro lado, hay adolescentes que plantean una actitud de resistencia a los estereotipos asociados al género, en los que hay una manifestación de la corresponsabilidad tanto del hombre como de la mujer frente a la sexualidad y consecuencias que se puedan tener.

Es claro, como en este grupo de adolescentes predominan los mandatos planteados desde la categoría analítica de la masculinidad hegemónica, desde la toma de decisiones para el uso o no de los MAC, así como para asumir la responsabilidad de la familia, considerado y reconociendo en la proveeduría y cuidado de la otra persona, como eje articulador para el autorreconocimiento como sujeto genérico.

Otro elemento determinante en el uso, elección y prácticas son las fuentes de información, los padres son el primer grupo que brinda información, sin embargo, al no tener los conocimientos técnicos y no tener estrategias para abordar los diálogos con los adolescentes, además de no tener un nivel de confianza, genera resistencia por parte de ellos para hablar de estos temas, aunque se reconoce la importancia de recibir el direccionamiento para parte de su familia.

Como estrategia para suplir estas necesidades, hay búsqueda de referencias en pares a partir de las experiencias se convierten en el suministro de asesorías, demostrando que los procesos de socialización con pares determinan en gran parte la toma de decisiones y la forma de configurar los conocimientos y prácticas.

Los servicios de salud y/o profesionales de salud son otra de las fuentes, pero se reconocen barreras por parte de estos, debido a

que no tienen un proceso centrado en las características y necesidades de la población, lo cual genera actitudes de resistencia por parte de estos hombres para solicitar asesoría y/o métodos.

En este orden de ideas, esta población encuentra que son muchas las barreras que existen, por lo que su proceso de construcción de significados, los cuales definen la toma de decisiones, está determinado por los procesos de socialización, su cultura y contexto a manera de observación y otros medios que puedan generar pautas para su sexualidad.

Estos hallazgos permiten evidenciar la necesidad de visibilizar los saberes culturales y permitir un dialogo e inclusión de estos en el proceso de asesorías e integrarlos en el abordaje de una temática tan importante como es la SSR en la población adolescente, lo cual llevará a una comprensión integral como resultado de la inclusión de las perspectivas de aquellos individuos que requieren acompañamiento especial por encontrarse en una etapa de aprendizaje y adaptación, en el que se toman decisiones a partir de elementos culturales y de socialización, en muchos casos imitando comportamientos de otros, principalmente de pares, para lograr la aceptación en los grupos sociales y responder a los mandatos y características esperadas según la construcción del género de los hombres.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que se planteen diferentes estrategias y programas que respondan a las necesidades propias de los adolescentes, en este caso de los hombres, reconociendo sus expectativas y necesidades, enfocando las acciones a estos aspectos, dando un acompañamiento permanente, información de calidad, completa y pertinente, velando por garantizar la comprensión de los conceptos, lo cual redundará en prácticas que sean más responsables y dentro de estándares de seguridad, tanto para los hombres, como para sus parejas.

Con este estudio se hace un llamado a la inclusión de los hombres en el análisis del fenómeno del embarazo en la adolescencia, reconocer las necesidades y abordar esta situación desde la heterogeneidad que se ha identificado desde los conocimientos, experiencias y motivaciones para la toma de decisiones que repercuten en el

proyecto de vida y el bienestar de hombres, mujeres y la familia en general, lo cual llevará a un acercamiento al cumplimiento de la igualdad de género relacionado con los deberes, derechos y necesidades desde la salud sexual y reproductiva.

Referencias bibliográficas

1. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. 4.^a ed. México: Maporrua; 1997. p. 265-302.
2. OMS. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. 2009 [citado 17 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
3. Güemes-Hidalgo M, Ceñal Gonzáles-Fierro M, Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 2017;5(1):7-22.
4. López F, Carcedo RJ, Fernández Rouco N, Caballero M-C. Afectos y conductas sexuales en adolescentes: diferencias y semejanzas en dos culturas, España y Colombia. *Universitas Psychologica*. 31 de diciembre de 2017;16(4):1.
5. Galasinski D. Men and their emotions. En: *Men and the language of emotions*. United Kingdom: Palgrave macmillan; 2004. p. 1-25.
6. Olavarría J. La masculinidad y los jóvenes adolescentes. *Revista docencia*. 2005;27(10):65-71.
7. Gutman JC. Mitos sociales de la masculinidad hegemónica tradicional. *Symploké* [Internet]. Disponible en: <http://www.revistasymploke.com/revistas/SymplokeEGN1.pdf#page=57>
8. González Flores DGR, Proano Lopez EL. La Influencia de los Pares y la Familia en el Inicio de la Actividad Sexual en Adolescentes. *Augusto Guzzo Revista Acadêmica*. 30 de junio de 2017;1(19):39-53.
9. Rojas Ramírez G, Eguiguren Bravo P, Matamala Vivaldi MI, Palma Manríquez I, Gálvez Pérez T. Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 8 de junio de 2017;41:e77.
10. Vera Gamboa L. Salud sexual de adolescentes y jóvenes. *Rev Biomed*. 28 de septiembre de 2018;29(3):43-4.

11. Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernales M. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Publica*. 7 de enero de 2019;42:e124.
12. Cusiquispe Velasque Y, Pultay Sihui Y. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del 4° y 5° grado de educación secundaria básica regular de la I. E. N° 0171-1 “Juan Velasco Alvarado” del distrito de San Juan de Lurigancho – Lima, 2018. Repositorio Institucional - UMA [Internet]. 13 de febrero de 2019 [citado 27 de octubre de 2020]; Disponible en: repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/178
13. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. julio de 2013;30(3):480-6.
14. Leal F. I, Molina G. T, Luttes D C, González A. E, Gonzalez A. D, Leal F. I, et al. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. abril de 2018;83(2):149-60.
15. Obach A, Sadler M, Jofré N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev salud pública*. diciembre de 2017;19:848-54.
16. Secretaría de Salud. Políticas públicas para reducir el embarazo adolescente en México [Internet]. 2017. Disponible en: https://mxabierto.github.io/embarazo_adolescente/fresco/DatalabSaludEA.pdf
17. Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. julio de 2013;30(3):455-60.
18. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México* [Internet]. 1997 [citado 5 de septiembre de 2017];39(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=10639208>
19. Parada-Rico DA, García-Suárez CI. Padres y madres adolescentes en el ejercicio de la crianza. *Rev cienc cuidad*. 1 de julio de 2017;14(2):113-29.
20. CEPAL N, UNICEF. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. 2007 [citado 2 de

octubre de 2017]; Disponible en:

<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/35990>

21. CEAMEG. El embarazo en edades tempranas en México: Políticas públicas para su atención [Internet]. 2010. Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/informacion_analitica_2010/Doc_28.pdf

22. De Martino Bermúdez M. Visibilizando la paternidad adolescente. *Prisma Social*. 2014;(13).

23. Secretaría de Salud. Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018 [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242381/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf

24. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. 2006;153(4):13-17.

25. Anabalón C, Cares F, Cortés R, Zamora M. Construcción de la propia paternidad en adolescentes varones pertenecientes a liceos municipales de la comuna de La Cisterna. *Revista de Psicología [Internet]*. 2011 [citado 17 de septiembre de 2017];20(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/264/26420712003/>

26. Tuñón Pablos E. Embarazo en adolescentes del sureste de México. *Papeles de población*. 2006;12(48):141-154.

27. Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. 1.ª ed. Argentina: Amorrortur editores; 2001.

28. De Jesús-Reyes D, Cabello-Garza ML. Paternidad adolescente y transición a la adultez: una mirada cualitativa en un contexto de marginación social. *Iberóforum Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [Internet]*. 2011 [citado 31 de agosto de 2017];6(11). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2110/211019068002/>

29. Álvarez-Gayou J. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. 1.ª ed. México: Paidós Educador; 2003. 222 p.

30. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 2.ª ed. España: Morata; 2007. 324 p.

31. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. marzo de 2012;17(3):613-9.

32. Mejía-Navarrete J. El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*. 10 de junio de 2014;4(5):165-80.
33. Íñiguez Rueda L. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. 2.^a ed. Barcelona: UOC; 2011.
34. de Cassia Nunes Nascimento L, Souza TV de, Oliveira IC dos S, Moraes JRMM de, Aguiar RCB de, Silva LF da. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*. febrero de 2018;71(1):228-33.
35. Gergen K, Gergen M. El impacto de la construcción social. En: *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid: Paidós; 2011. p. 9-28.
36. Bassi-Follari JE. El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de psicologia*. 2015;17(1):39-62.
37. Abela JA. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada [Internet]. Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002 [citado 24 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2014/07/Andr%C3%A9-J.-2000.-Las-t%C3%A9cnicas-de-an%C3%A1lisis-de-contenido-una-revisi%C3%B3n-actualizada..pdf>
38. Abeldaño Zuñiga RA, De Van Dam MS. Comportamientos sexuales y uso de anticonceptivos en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2019;1(1):4-10.
39. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública Méx*. junio de 2017;59:236-47.
40. Herrera-Zuleta IA, Reyes-Salazar JF, Rojas-Velasco KP, Tipán ML, Torres-López CA, Trujillo LMV, et al. Salud sexual reproductiva en estudiantes universitarios: conocimientos y prácticas. *Revista Ciencia y Cuidado*. 1 de enero de 2018;15(1):58-70.
41. Urteaga E, Eizagirre A. La construcción social del riesgo. 2013;25.
42. Gómez Suárez RT, Hernández LMR, Sarduy G, Pestana ET. Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;43(2):11.

43. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anti-conceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública Méx.* junio de 2017;59:236-47.
44. Pinos Abad GM, Pinos Vélez VP, Palacios Cordero M del P, López Alvarado SL, Castillo Nuñez JE, Ortiz Ochoa WA, et al. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. *Actualidades Investigativas en Educación.* agosto de 2017;17(2):192-213.
45. Vela Arévalo E. Necesidades educativas en salud sexual y reproductiva en adolescentes peruanos de nivel secundario. *Revista Cubana de Salud Pública.* septiembre de 2016;42(3):396-406.
46. Ramírez González MJ, Aguirre AÁ, Baltazar MIH, Recéndiz M de JR, González MMM. La familia en el cuidado a la salud sexual de los adolescentes. *EPISTEMUS.* 31 de diciembre de 2018;12(25):58-63.

Capítulo V

Farmacoepidemiología

Una visión desde el bienestar, el desarrollo sostenible y la educación inclusiva

FLOR ÁNGELA TOBÓN MARULANDA

LUIS ALIRIO LÓPEZ GIRALDO

RUBÉN NANCLARES

Resumen

Se plantea una reflexión teórica desde la farmacoepidemiología asociada a la farmacoseguridad y la vigilancia farmacológica como estrategias de la enseñanza de los riesgos probables, como eventos adversos medicamentosos, reacciones adversas medicamentosas o problemas relacionados, entre otros, por el uso de un medicamento. Estos riesgos probables son un indicador sanitario de salud pública, en la cual inciden factores de riesgo de tipo cultural, modos y condiciones de vida reales, entre otros. Dichos factores, también influyen en la acción farmacológica clínica más allá del efecto terapéutico deseado y efectos no deseados. Debido a que los medicamentos y afines, si bien pueden proporcionar salud, también pueden agravar un estado de salud, o inducir una enfermedad medicamentosa. Por ello, lo ineludible de la educación-formación de los estudiantes, profesionales sanitarios para promover la responsabilidad social, y forjar gestores comunitarios multiplicadores de la transferencia del conocimiento social, acerca del papel que tienen los medicamentos en el proceso complejo de la salud-enfermedad y en el bienestar; conexos a la innovación del desarrollo humano integral hacia la transformación social para el progreso sostenible del territorio.

Palabras clave: farmacoepidemiología; vigilancia farmacológica; farmacoseguridad; educación integral; ambiente saludable.

Introducción

Este capítulo describe aspectos teórico-prácticos básicos del uso responsable e irracional de los medicamentos y afines². Ya que, ellos son indicadores de salud y hacen parte de la cultura en salud. Se entiende así en una doble connotación: una básica, por el papel de los fármacos como parte de la asistencia médica y otra relacionada con el impacto del modo como los fármacos son utilizados por prescripción/automedicación.

Esto significa, que se deben implementar mecanismos para la observación de como sucede la morbilidad-mortalidad de cualquier efecto clínico deseado o inesperado a dosis terapéuticas; en este sentido, la farmacoepidemiología (FE) contempla dos campos valiosos: la fármaco-economía y la vigilancia farmacológica (VF). Esta última también llamada farmacovigilancia, entendida como los métodos utilizados para estudiar la seguridad de los medicamentos, luego de ser comercializados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 2015), dicho estudio abarca “actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con ellos.” (es así, como la triada: la farmacoepidemiología, la fármaco-economía y la vigilancia farmacológica, busca: estudiar, identificar, evaluar, controlar, registrar, notificar y alertar sobre algún efecto no deseado por el uso de algún fármaco; un problema de salud pública (SP), poco abordado desde esta óptica.

Debido a que, el uso de los medicamentos y afines, si bien pueden ayudar a prevenir, diagnosticar, recuperar y mantener la salud; a la vez, puede ser un riesgo probable para la salud, pues en ocasiones se puede provocar un evento adverso medicamentoso (EAM), una reacción adversa medicamentosa (RAM) o un problema relacionado al uso del medicamento (PRUM). Estos riesgos probables pueden ocurrir, tanto por el uso por prescripción como por automedicación, en un grado entre leve, moderado, grave y hasta letal; pudiendo

²Entendiéndose como afines los fito-terapéuticos, nutracéuticos, cosméticos, productos de aseo, dispositivos médicos, entre otros.

agravar un estado clínico de base o inducir otra enfermedad medicamentosa. Estos riesgos posibles son también la base para otros estudios sobre la FE conexas a las acciones-efectos y procedimientos de la farmacoseguridad para lograr el restablecimiento, mantenimiento de la salud y la seguridad del paciente (1-4).

El evento adverso medicamentoso –EAM- es cualquier efecto farmacológico clínico negativo en la salud del paciente, es decir, no adecuado al objetivo de la farmacoterapia. Se asocia al uso o falencia del uso responsable de una forma farmacéutica del medicamento, incluye los productos biológicos; pero, es difícil establecer el nexo causal del EAM con el uso del fármaco.

La reacción adversa medicamentosa –RAM- es un efecto probable, nocivo e impredecible que se deriva de la acción-efecto farmacológica-clínica del medicamento a dosis terapéutica para profilaxis, diagnóstico, tratar algún síntoma, signo clínico, enfermedad o para modificar una función fisiológica. Por ejemplo (p.e.), la Ampicilina, la Buscapina® puede causar Shock Anafiláctico; el Hidróxido de Aluminio y de Magnesio (antiácidos), la Loratadina (antihistamínicos), la Morfina y sus derivados, causa estreñimiento. Además, la Morfina y sus derivados, los antihistamínicos, el Etanol (bebidas etílicas), el Diazepam, la Fluoxetina, entre otros, también causan alteración del sueño, de la atención y de la consciencia en grado distinto; dependiendo de variables múltiples relacionada a la variabilidad biológica de cada ser humano único, a una forma farmacéutica elaborada por determinado laboratorio, el estado clínico de base del paciente, entre otros.

El problema relacionado al uso del medicamento –PRUM- es aquel efecto factible que causa o puede inducir la aparición de un efecto negativo asociado a la medicación durante el proceso de uso de un medicamento o afín.

En esta perspectiva, la VF hace parte del estudio de la FE y grosso modo, vigila la farmacoseguridad previa, durante y después al uso responsable de una medicina por prescripción/automedicación en cada contexto, en el marco de comprender los EA, RAM o un PRUM probables que causa un efecto negativo farmacológico-

clínico de grado leve, grave y hasta letal al ser humano.

Así, la observación de los riesgos posibles (EA, RAM, PRUM), se concibe como una acción-efecto farmacológica clínica nociva que ocurre a una dosis terapéutica en el uso profiláctico, diagnóstico, modificación de alguna función fisiológica, tratar un síntoma o signo clínico o alguna enfermedad. Aunque, en ciertos casos, es muy difícil definir un nexo causal preciso del EAM, RAM o PRUM con el uso del medicamento.

Razón por la cual, el riesgo probable por el uso de un medicamento por prescripción o automedicación es objeto de estudio de la FE (fármaco-economía y la VF), como una función básica en la decisión responsable del médico de usar o no una medicina comparada con otros existentes en el mercado farmacéutico, acorde al diagnóstico preciso de la enfermedad; según la necesidad clínica del paciente en el proceso complejo de la salud-enfermedad. Dicha observación, sobre el asiento de estudios basados en la evidencia y en indicadores del uso, como son el riesgo/beneficio, costo/efectividad, costo/beneficio, el costo/riesgo, entre otros.

Lo anterior, considerando, el aumento exponencial y no controlado del uso indiscriminado de fármacos, un problema crítico de salud pública (SP), el uso poco responsable de los fármacos. Lo que, demanda estudios y comprensión de los FR probables relacionados, sobre la evidencia de estudios robustos realizados en poblaciones representativas e indicadores que ayude al control del proceso complejo de la salud-enfermedad.

Por tanto, la FE tiene el fin de observar el efecto terapéutico deseado y los efectos no deseados del fármaco que afectan el estado clínico del paciente, por lo que se requiere vigilar y apegarse a su uso racional consciente; es decir, uso más responsable por la seguridad del ser humano. Reflexionando, que en los estudios sobre FE conexos a la VF influyen factores múltiples en cada contexto particular, como son: lo psicoafectivo, sociocultural, el entorno medioambiental, las tecnologías, lo político-económico, entre otros. Estos son factores que inciden de forma multidimensional y diferente en la acción y efecto farmacológica-clínica en cada ser humano úni-

co.

En este sentido, se requiere de la farmacoseguridad aplicable a la inspección, la vigilancia y el control (IVC) de los medicamentos y afines, que existen en el mercado; pero, se requiere más regulación en estas prácticas y una logística para que se ejecute la IVC por talento humano idóneo de modo permanente; como una política pública farmacéutica beneficiosa (PPFB), en el ámbito nacional e internacional. Teniendo en cuenta que la SP en términos de la gestión de riesgos en la cadena de los procesos relacionados a los medicamento, afines y agentes psicotrópicos³ (APST), se plantea lo inaplazable de reinventar la gestión integral del riesgo que structure, organice y desarrolle la FE y la VF. Estas se constituyen en instrumentos esenciales para la atención primaria en salud (APS), como indicadores de la calidad del servicio de atención en salud y del sistema general de seguridad social y salud.

Este razonamiento, en perspectiva del Modelo de las Fuerzas Motrices (MFM) valorado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS): “Es un modelo específico para el sector salud que identifica una red de variables con nexo causal que produce efectos negativos en la salud humana y en el entorno medioambiental. Así, el análisis del MFM en acercamiento a la OMS/OPS (2014), permite identificar las acciones correspondientes que se deberían ejecutar por cada una de las categorías: fuerza motriz, presión, estado, exposición y efecto que compone el MFM; y, la acción es una categoría transversal a todas las demás (4, 5).

Asimismo, en el marco de la SP, se debe considerar el control de los FR (EAM, RAM, PRUM) que son de origen multifactorial relacionados al uso irracional de fármacos con cierto nexo causal a las problemáticas sociales de tipo sociocultural, político, económico,

³Principio activo de un fármaco, la molécula química responsable de los efectos sobre el sistema nervioso central de origen natural, sintético, semisintético. De uso legal o ilegal, clasificados farmacológicamente en estimulantes, como la Cafeína, Cocaína, Anfetaminas; y, depresores la Tetrahidrocannabinol, Etanol, Diazepam, Fenobarbital y solventes orgánicos, entre otros.

ambiental y tecnológico en cada contexto. La OMS, es enfática en señalar que se deben crear organismos nacionales para coordinar y articular las políticas acerca del uso racional de medicamentos y afines; haciendo control, seguimiento y evaluación a sus efectos farmacológicos-clínicos en poblaciones determinadas (6-9).

En este sentido, lo relevante de impulsar la vigilancia farmacológica y la fármaco-seguridad aplicada al uso de medicamentos y afines, las cuales se plantean en este texto, como una visión ecosistémica y democrática en derechos fundamentales. Es decir, entendiendo la decisión del uso responsable de fármacos, conexas a una interrelación armoniosa del ser humano con sus microsistemas ecológicos internos y con los macro-ecosistemas del medioambiente, compuesto por sistemas en armonía y resonancia con la naturaleza. En los cuales influye factores múltiples en la decisión de usar o no un medicamento, solo si es realmente necesario, sobre la base de un diagnóstico preciso.

Desde este enfoque amplio, implica la comprensión holística sistemática de los FR inherentes a la cultura; los estilos, conductas y condiciones de vida que proporciona y facilita los modelos de desarrollo de la sociedad. A partir de estos puntos de vista, es importante pensar en las corresponsabilidades de todos, máxime de las autoridades responsables directas de educación, salud, cultura, medio ambiente, justicia, entre otras; quienes deben tener en cuenta las dinámicas de los componentes de los ecosistemas para el diseño y la ejecución de una PPFB de alcance nacional e internacional; que tenga en cuenta las fuerzas dinamizadoras de lo global en la preservación de una cultura saludable para alcanzar el desarrollo integral sostenible del ser humano y de la sociedad.

En el desarrollo integral sostenible del ser humano y de la sociedad incide la educación y la formación holista sistemática sobre el uso responsable de los medicamentos, para reducir sus FR probables (EAM, RAM, PRUM). Estos, también pueden disminuir, cuando se enfatiza la promoción de actitudes y prácticas responsables en el uso racional de los fármacos desde la APS, aquellos que sean más seguros, eficaces y de fácil acceso; acorde a la necesidad clínica del pa-

ciente y un diagnóstico preciso.

Al respecto, se presentan en la siguiente tabla 1, algunos ejemplos transgeneracionales, asociados a FR con nexo causal al uso de fármacos (1-5,10-16):

Tabla 1. Registro de evidencias de FR conexas al uso de medicamentos

<i>La Estreptomicina (1948)</i>	Estudio clínico controlado que indagó su efecto terapéutico contra la tuberculosis (TBC), pero, no estimó su <i>eficacia terapéutica</i> .
<i>La vacuna Sabin Fibroplasia (1950, fármaco biológico)</i>	Primer ensayo aleatorio con responsabilidad civil en niños buscó solucionar un problema de salud pública (SP).
<i>La Talionada(1960)</i>	Se usó para tratar la ansiedad, sin pruebas de seguridad; y, causó la RAM Focomelia.
<i>El Dietil Estilbestrol (1970)</i>	Se usó y se usa como anticonceptivo, con muy poco estudio de seguridad. Produce la RAM carcinoma raro vaginal y en cuello uterino en adolescentes, hijas de mujeres que usaron esta hormona alrededor de 15 años atrás, durante el embarazo. Hoy se prescribe para la amenaza de aborto y en el diagnóstico de embarazo, un uso irracional que no se justifica, pues la amenaza de aborto por una reducción endógena de Estrógeno se debe controlar con reposo u otra alternativa menos tóxica.
<i>Estudio Cochrane (1972)</i>	En el libro “Random Reflection en hospitales”, una prueba aleatoria en camas, indica la importancia de uso de los medicamentos sobre la base de indicadores de riesgo/beneficio y riesgo/costo.
<i>Desarrollo de la Farmacología(1974-1975)</i>	Incitó a un mercado efectivo y a que periódicos respetados hicieran despliegues publicitarios farmacéuticos, sin considerar y estimar las incertidumbres de indicadores de seguridad.
<i>Estudio de la farmacoepidemiología (1976-1978)</i>	Indica cambiar el paradigma de ensayos sofisticados por ensayos sencillos, para incluir a todos los pacientes con PRUM, siguiendo el contexto

	cultural de la OMS.
<i>Alma Ata(1978) Impulsa la SP y la APS</i>	Para que se garantice a la mayoría de los pacientes, el acceso a la salud en relación estrecha al uso de fármacos conexos con la SP.
<i>Publicación Drug-Europe(1979)</i>	El primer libro de epidemiología, por farmacólogos y Clínicos, donde se confronta por primera vez, los perfiles del diagnóstico claro conexo a la prescripción responsable.
<i>OMS/OPS(1980)</i>	Perfila una mirada sobre el riesgo por el uso de fármacos, un problema complejo de SP.
<i>OMS/OPS(1986)</i>	Propone el control al uso imprudente de medicamentos en América Latina y África, debido al mercado libre de fármacos de dudosa calidad por diferentes países. La <i>The International Society of Drug Bulletin</i> informa EAM, a fin de controlar la presión, el estado de la mega economía farmacéutica y forjar una prescripción responsable.
<i>En Colombia (1992)</i>	Se plantea la regulación de normas y registro de fármacos, sobre la base de ensayos preclínicos, clínicos, pos-mercadeo y pautas de buenas prácticas de laboratorio, comparadas con otros países; para reducir los EAM, RAM o los PRUM. Además de promover la vigilancia farmacológica el seguimiento farmacoterapéutico.

Fuente: elaboración de los autores

Los ejemplos, registrados en la tabla anterior, indican que se requiere de conocimientos básicos sobre la farmacoepidemiología, como una estrategia biopedagógica educativa; mediante la cual se puede estimar indicadores de calidad, como el beneficio/riesgo para cada ser humano en un estado clínico particular relacionados con la prescripción o la automedicación. Teniendo en cuenta, el costo de los medicamentos, la política pública institucional, la presión del paciente y la experiencia personal.

Es notable aclarar que se debe evitar la confusión entre el índice de eficacia y comparación de eficacia de medicamentos sobre estudios basados en la evidencia, hacia la promoción de la calidad de

la prescripción y la prevención de la automedicación. Esta debería ser asistida por un profesional sanitario capacitado, siendo lo ideal hasta donde sea posible consultar al médico.

De igual manera, el acceso a programas de prevención de la salud integral, máxime la salud mental, ligada a la educación sobre el uso racional de los medicamentos, junto con la promoción de conductas y prácticas adecuadas no farmacológicas en armonía y en resonancia con la naturaleza; para explicar sobre la disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces, de fácil acceso y a un precio justo.

En este sentido, la farmacoepidemiología como una disciplina estratégica útil de forma pedagógica renovada, contribuya al diseño de una PPFB que conciba la necesidad de estructurar e implementar otro modelo de gestión de riesgo para el uso responsable de los medicamentos y afines, hacia la prevención de FR por su uso, en aproximación al MFM propuesto por Corvalán (1999), que permita la transferencia de conocimiento social sobre la farmacoseguridad, esta ayuda a forjar cultura de uso responsable de los fármacos por la seguridad de los seres humanos y a reducir la inequidad social.

Educación, aprendizajes, desarrollo y farmacoseguridad

Se plantean como elementos útiles que hacen parte de la farmacoepidemiología clínica esencial, que, a su vez, es la base de la planeación de planes, programas, proyectos y procedimientos de ejecución hacia la prevención, monitoreo, seguimiento, evaluación de la identificación y la notificación de algún EAM, RAM o PRUM, por el uso de un fármaco; como causar un efecto iatrogénico o efectos farmacológico clínicos evitables y prevenibles. Los cuales pueden complicar el estado clínico del paciente o inducir un síntoma-signo patológico o una enfermedad medicamentosa.

En este sentido, la gestión preventiva de FR impulsando la FS, requiere de intervención pedagógica consciente e inclusiva desde el MFM, pues este modelo concibe la salud como un elemento importante del desarrollo sostenible. Al igual, que tiene en cuenta las con-

diciones sociales, culturales, demográficas y del entorno medioambientales; as cuales, definen procesos productivos y de consumo en una sociedad determinada.

De ahí, que saber en clave de comprender, identificar, definir conductas y condiciones de vida que crean subjetividades diversas; estas basadas en los ideales multidimensionales humanos, debe ser un objetivo pedagógico para promover el uso responsable de los medicamentos. En tal escenario, los aspectos de tipo psicoafectivo, sociocultural, económico, político, tecnológicos, entorno medioambiental; deben ser tenidos en cuenta en el diseño estratégico de las políticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (1-5,10,17).

Asimismo, la comprensión del valor de educar en la FS y transferir este conocimiento social mediante acompañamiento a las comunidades, permite lograr la apropiación epistémica consciente de los FR que influyen tanto en la acción-efecto terapéutico, como en algún riesgo probable de un principio activo (PA); este se refiere a la molécula química que causa la acción-efecto farmacológica clínica de un medicamento o afín. La cual, una vez ingresa al organismo, es decir el PA establece una interrelación bioquímica compleja con los microsistemas orgánicos del ser humano (bio-actividad).

Dicha interrelación orgánica, incide en la evolución compleja de la salud, la morbilidad y mortalidad probable por el uso del fármaco en una población determinada en un contexto explícito. También inciden los FR conexos al macrosistema externo, que hoy en día, tienden a globalizarse, afectando el bienestar y la salud integral unida al desarrollo sostenible del contexto social y territorial (8-13)

En este orden de idea, la FS sustentada para lograr los efectos terapéuticos deseados con el uso responsable de los fármacos y para la prevención de un FR probable (EAM; RAM; PRUM), debe partir de un diagnóstico preciso que busque no solo la restauración de la salud, sino también que logre cierta garantía de beneficios máximos, como el reducir los efectos no deseados. Para tal efecto, es importante lograr tres propósitos importantes:

- 1) Forjar conductas de vida auto-responsables entre los pacien-

tes (prácticas de actividad física cotidiana, alimentación balanceada, dormir lo suficiente, relajación, entre otras). Además, la adquisición de conciencia sobre la importancia de consultar a los profesionales de la salud hasta apropiarse del uso óptimo de los medicamentos que no requieren de receta médica.

2) Fortalecer la comunicación bidireccional en la interrelación oportuna y optimista entre médico-paciente-farmacéutica, esta rompe barreras comunicativas que en ocasiones se presenta por deficiencias en relación de índole cultural o social.

3) Contribuir en a que prevalezca el respeto por la dignidad humana, mediante la educación inclusiva de la salud integral, máxime la salud mental expresada en el ámbito mundial por las violencias diversas. A las cuales, las autoridades responsables le deberían presta más atención suficiente; al igual, que a través de todas las escuelas por las que transita el ser humano, con el apoyo del núcleo familiar. Se plantea que, si se interviene las causas estructurales de las violencias que en algunos casos puede tener relación con un EAM, se podría ayudar a disminuir ciertas violencias, mejorar la salud mental y ambiental.

La educación inclusiva, un instrumento pedagógico para promover el uso responsable de los medicamentos

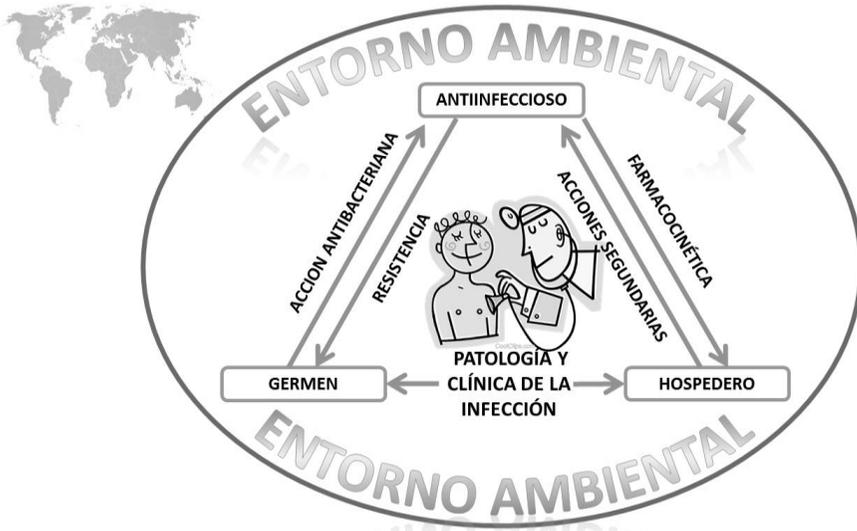
La educación inclusiva de los estudiantes, profesionales sanitarios y a la comunidad en general, se refiere en perspectiva de derechos, en especial el derecho a la educación, a la información clara y precisa. Es decir, aquellos aprendizajes democráticos que forjan conocimiento social, en este caso, relacionados a los FR posibles con nexo causal por el uso de un medicamento o afín. Ya que, existen fracturas entre los objetivos, las políticas y las actitudes-prácticas de los profesionales sanitarios, pacientes y ciudadanos; las cuales provocan barreras estructurales académicas y culturales que dificultan la apropiación de la vigilancia farmacológica y la farmacoseguridad en configuración de la construcción social, política e ilustrada, tanto en

ámbito doméstico como global.

Por tanto, la educación inclusiva sobre estas enseñanzas requiere impulsar la comprensión de las problemáticas sociales, estas son los FR, entre otros, que inciden en el uso o no de los medicamentos y afines. Los cuales pueden afectar o no el bienestar, el autocontrol, el autocuidado y el cuidado de los demás; para ayudar a mejorar la calidad y la esperanza de vida de los seres humanos y el medio ambiente.

Este razonamiento amplio, incluye lo relevante de involucrar en la educación inclusiva, las explicaciones necesarias de consentimiento informado y comprendido, para entender que los medicamentos y afines, pueden ayudar a crear bienestar, como la confluencia de la salud física, social y la salud mental; estas están ligadas al desarrollo sostenible, diverso y equitativo en un entorno medioambiental adecuado en cada contexto específico. En el cual, influye la prudencia en el uso de un medicamento; ya que, en la acción y efecto farmacológica-clínica del fármaco intervienen variables múltiples. A manera de un ejemplo, se ilustra los FR diversos que influye en el uso de una Ampicilina, una Tetraciclina, la Gentamicina, el Metronidazol, el Mebendazol o el Aciclovir, entre otros antiinfecciosos (Observar el mapa 1).

Mapa1. Perfil de la relación en tríada fármaco-epidemiológica de factores que influyen en una acción-efecto farmacológica clínica de un medicamento



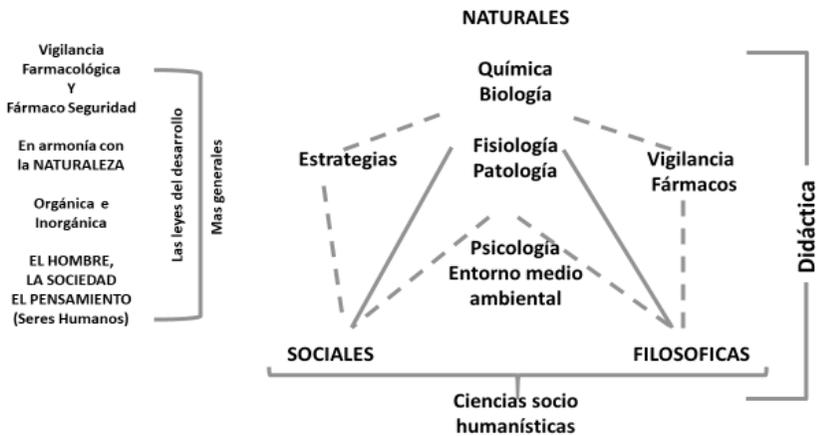
Fuente: elaboración de los autores.

Sobre esta plataforma, la necesidad de implementar y desarrollar otro modelo educativo de aprendizajes con responsabilidad social, que tenga en cuenta la inclusión la educación sobre la farmacoseguridad; ligada al desarrollo sostenible y al cambio social. Esto, debe hacerse cada vez más consciente entre actores académicos, políticos, comunitarios y corporativos; lo cual, requiere de la comprensión holista sistemática de las enseñanzas de saberes interrelacionados con las ciencias biomédicas y socio-humanísticas; estas conexas a las ciencias farmacéuticas y a las disciplinas de la vigilancia farmacológica y la farmacoseguridad (14-18).

Dichas enseñanzas deben ayudar a la comprensión transdisciplinar y multicultural de la Farmacoseguridad definida y regulada por el sistema de salud nacional e internacional con criterios e indicadores de evaluación del impacto clínico, social y económico por la morbilidad y mortalidad, asociada al uso de medicamentos y afines. La cual fortalezca la gestión de la calidad del servicio de atención y cuidados farmacéuticos integrales en la práctica cotidiana, articulado

al servicio integral de salud y juntos reducir el uso irracional de fármacos. Observar el mapa 2.

Mapa 2. Perfil de los saberes diversos interrelacionados al proceso complejo de las enseñanzas-aprendizajes conexos a la farmacoepidemiología



Fuente: elaboración de los autores

Propuesta para una reinención de la estructuración y organización de un sistema de gestión de riesgos, sobre la base de la farmacoepidemiología

En cercanía al MFM propuesto por Corvalan (1999), la farmacoepidemiología se podría interpretar e implementar desde las fuerzas motrices, las presiones, los efectos, los estados y las acciones, que influyen en la epidemiología de los medicamentos, la salud y el entorno medioambiente. Es decir, el estudio sobre el uso de los medicamentos y afines, que admitan explicar en el marco de cómo influyen las variables psicosociales múltiples relacionadas a las fuerzas, las presiones, los efectos, los estados y las acciones durante los procesos en toda la cadena del medicamento. Esto significa, desde el diseño, la formulación, la tecnología, la producción, la distribución, la comercialización, la prescripción y la dispensación de los medicamentos.

Considerando, que existen unas FUERZAS motrices relacionadas con el Modelo político-económico neoliberal globalizado, que influye en el consumismo de medicamentos, tanto por prescripción como por automedicación, estas unidas a la salud y al entorno medioambiental, sobre la base de un diagnóstico definido.

De igual manera, el modelo político influye en la Mega economía de la industria farmacéutica y en los Tratados de libre comercio, las patentes y en la propiedad intelectual. Estas temáticas influyen de forma importante en la definición del nombre comercial o genérico; lo que le permite al productor sobre facturar en algunos casos, las materias primas para la elaboración de los medicamentos con nombre comercial; y, por ende, el aumento del costo y la limitación de acceso a estos, por las personas más necesitadas.

Entre los FR que pueden influir en las PRESIONES que se relacionan con el uso de medicamentos, por prescripción/automedicación, está la Propaganda indiscriminada, actitudes y prácticas inadecuadas de información de la industria farmacéutica dirigida a los prescriptores; la cual en muchas ocasiones es sesgada, se resalta los beneficios del medicamento; pero, se minimiza los FR probables, asociados al uso del medicamento.

De igual modo, las presiones como las Variables psicosociales críticas en cada contexto particular y en cada ser humano único, son FR posibles que inciden en una cultura de consumismo influenciada por la promoción de la propaganda tendenciosa, que motiva al uso de fármacos para aliviar todo síntoma, signo o patología. Los cuales, en ciertos casos clínicos, dentro de esa “cultura inadecuada”, el síntoma/enfermedad es psicosomática; y a veces, el uso de un fármaco placebo⁴, la actitud-práctica inadecuada de la industria farmacéutica, como la propaganda indiscriminada, entre otras; motiva el uso irracional de un medicamento o afín sin un diagnóstico claro.

Siguiendo los procesos de esta cadena, las FUERZAS, PRESIONES (las dos primeras) conducen a EFECTOS probables, en los cuales influyen FR por el uso inadecuado de fármacos y afines, p.e.

⁴Un fármaco inerte que no tiene acción-efecto farmacología clínica, pero, el paciente cree que le produce beneficio.

la Penicilina G-Benzatínica o la Penicilina G-Potásica puede causar en pacientes hipersensibles, un shock Anafiláctico, RAM grave - toxica- que puede conducir al paciente a un estado clínico complicado hasta la muerte.

Asimismo, el uso indiscriminado de fármacos en alimentos, p.e. la Tetraciclina (antiinfeccioso), utilizados para acelerar el crecimiento de pollos, porcinos y bovinos; y, disminuir las infecciones de estos animales, origina residuos de fármacos en alimentos, los cuales contaminan el agua e induce RAM, cuando los seres humanos los ingieren. Además, el residuo de medicamentos puede provocar alteración del ecosistema humano y de su entorno medio ambiental; induciendo en algunas personas una reacción de hipersensibilidad, como el Shock Anafiláctico o el Síndrome de Steven Johnson, más común en niños, por el uso del Sulfametoxazol.

Así, las fuerzas, las presiones y los efectos, conducen a unos ESTADOS que inciden también en la acción- efecto farmacológico clínico de los medicamentos y afines. Lo cual puede ocasionar desarmonía entre la salud, bienestar y desarrollo sostenible; teniendo en cuenta que los medicamentos y afines, si bien pueden causar una acción-efecto farmacológico clínico terapéutico, de manera simultánea también pueden causar un EAM, una RAM o un PRUM de leve a grave, como las mencionadas. Esto significa desarmonía (disconfort) en el organismo humano, que conlleva a la enfermedad.

Situación que, a su vez, exige la ampliación de cobertura de los sistemas de salud, las empresas o prestadores del servicio de salud, a quienes se les debe existir un servicio farmacéutico de apoyo al servicio de atención en salud para tratar intoxicaciones por el uso imprudente de los fármacos en sobre dosis o un diagnóstico impreciso de una enfermedad emergente, también llamada enfermedad olvidada de interés de la SP o enfermedad huérfana, poco común; y, el fármaco para tratarla se llama medicamento huertano. Es decir, aquellos fármacos que no son producidos en forma masiva, porque no le es rentable a la industria farmacéutica. Observar el mapa 3.

Mapa 3. Perfil del MFM para la gestión y práctica farmacoepidemiológicos hacia la salud integral y el desarrollo sostenible



Fuente: elaboración propia de los autores

De ahí, que se presente oportunidades y retos de gestión farmacéutica, para pensar en la innovación integral de la farmacoepidemiología, en clave de la comprensión de los FR probables en los procesos de la cadena del medicamento. A partir de la promoción de la salud, regulación y control de actitudes-prácticas, acorde a unas políticas públicas que impulsen el desarrollo de la farmacoepidemiología, en torno al uso de medicamentos que tienen efecto no cesado en determinadas comunidades en contextos específicos; tanto en los ámbitos local, nacional, como mundial.

Razones que debería motivar la estructuración, la organización y el desarrollo de la gestión intersectorial de los FR posibles en los procesos de la industria y el mercadeo farmacéutico; mediante el requerimiento del registro sanitario. Además, en esta concepción multidimensional, hacer promoción de la salud y seguimiento farmacoterapéutico, ligado a las políticas públicas, en consonancia con los derechos, el respeto por la dignidad humana y resonancia con la naturaleza (19-23).

En tal contexto, la farmacoepidemiología aportaría en la búsqueda del bienestar a partir del desarrollo sostenible⁵. Este lo hace explícito la OMS/OPS y varios autores que llaman la atención sobre temas esenciales, como el Interés consciente en el uso de medicamentos esenciales y huérfanos; y, en dispositivos médicos para tratar las enfermedades de interés de la SP. Asimismo, la preocupación sobre la publicidad farmacéutica indiscriminada, inscrita en un modelo político-económico neoliberal que favorece el mercado y la concentración de la mega economía farmacéutica globalizada que tiene el dominio de marcas y patentes. Esto origina presión al consumo e induce a decisiones de producción y mercadeo fármacos incensarios que estimula el uso irracional de estos (24-27).

En este punto surgen dos preguntas sobre los FR probables por

⁵Se concibe como un proceso de educación-formación humana integral que permite la creación, innovación y existencia de condiciones holistas necesarias y disponibles, para el acceso efectivo y equitativo de bienes y servicios. Los cuales ayudan al proceso de expansión de capacidades y habilidades de los seres humanos y reposición de todas las formas de capital (físico, ambiental, humano y social). Estas amplían opciones, retos y oportunidades que garantiza el desarrollo sostenible.

el uso de medicamentos y afines: la primera, ¿Cuál es el impacto de los desequilibrios de los ecosistemas por el uso de fármacos, como hormonas, antibióticos y alimentos obtenidos por biotecnología o clonados? en los humanos y animales que originan trazas en el suelo, el agua y la biota; contaminando los ecosistemas del ser humano y el entorno medioambiental.

La segunda, ¿Cómo evitar seguir la ruta tradicional, muy técnica, centrada solo en criterios de la inspección, la vigilancia y control de medicamentos? Una posible respuesta la encontramos cuando tratamos de ir más allá, mediante la innovación de conocimientos que permitan el análisis reflexivo crítico de la función de las medicinas en el bienestar y en el proceso complejo de la salud-enfermedad; para desarrollar indicadores actualizados coherentes con los retos y oportunidades actuales de:

1. La clausura temporal o total del establecimiento que no tiene protocolos de farmacoseguridad.
2. La suspensión parcial o total de servicios de atención de salud por el uso irracional de medicamentos y afines.
3. El decomiso de objetos y productos que no cumplen con los mínimos de la farmacoseguridad.
4. La desnaturalización de fármacos y afines, si es el caso.
5. La suspensión temporal de la venta y uso de ciertos fármacos y afines;
6. La regulación de conductas-prácticas de mercadeo.

Conclusión en prospectiva

Desde esta reflexión se invita a todos los estudiantes, profesionales sanitarios y a la comunidad en general a repensar el compromiso social de la disciplina de la farmacoepidemiología, esta indica trazadores para crear una cultura responsable en el uso racional de los medicamentos esenciales en nombre genérico en el cuidado integral de la salud; en especial para prevenir las enfermedades emergentes de interés público, como las pandemias persistentes en el mundo, causadas por bacterias, hongos y virus que, a su vez, se encuentran

asociadas a conductas de riesgo.

En esta visión, el uso responsable de medicamentos y afines, la prevención de violencias, práctica de estilos y conductas de vida saludables, entre otros; son factores protectores que hacen prevenible los FR probables por el uso irracional de medicamentos y afines en poblaciones objeto de estudio.

La farmacoepidemiología estudia en esencia, entre otros aspectos:

- La frecuencia, prevalencia e incidencia probable de un EAM, RAM, PRUM e interacciones probables con nexo causal al uso de medicamentos y afines en una población específica y en un contexto determinado.
- La estimación de indicadores que indiquen la garantía de cierta seguridad y la eficacia previa al uso responsable de medicamento o afín, desde la Atención Primera en Salud por la seguridad del paciente.
- Los factores protectores de la salud y la prevención de los FR relacionados al uso de fármacos para restablecer y mantener la salud.

Todo lo expuesto sobre la importancia de la farmacoepidemiología conexas a la VF y a la farmacoseguridad, se enfoca al *saber-hacer del debe ser oportuno y efectivo*, y confluyen igualmente en los siguientes dos puntos esenciales:

Primero: el uso irracional de los medicamentos y afines, un problema de crítico de salud pública, que requiere más consciencia de ciertas prácticas de mercadeo de las casas farmacéuticas, como conocer ¿Cuál es la fracción de fármacos que se mercadean y se prescriben en cada contexto? y, ¿Qué son necesarios realmente acorde a la morbi-mortalidad? De las enfermedades más frecuentes.

Segundo, la comunicación bidireccional entre médico-paciente-farmacéutico, una variable epidemiológica para monitorear la calidad de los cuidados farmacéuticos, la atención asistencial, la promoción de la salud integral y la prevención de los FR relacionados al uso de medicamentos y afines. A

fin de lograr juntos el desarrollo humano integral hacia la transformación de la sociedad conexas a la producción tanto urbana como rural que satisfaga las necesidades básicas de los seres humanos en cada contexto particular.

Referencias bibliográficas

1. Laporte J, Tognoni G. Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ed. Italia: Masson-Salvat Medicina; 1993, capít 5: 8-10.
2. Chetley A. Medicamentos Problema. Health Action International (HAI-EUROPA). Acción Internacional por la Salud. America Latina y El Caribe; 1995.
3. McHarney C, Kaufman A. More than just a pill WHO. 1994; 47 (5) : 8-9. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328602>
4. Prüss-Üstün A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. WHO: Geneva; 2006.
5. Carvalho J. Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología. Buenos Aires: Lugar; 2005.
6. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development research perspectives. *Developmental Psychology*. 1986; 22: 723-742.
7. Tobón F, López L. El desarrollo a escala humana un referente para el diseño de planes de desarrollo local. En: Lopera, I. Builes, LF (eds.). Abriendo espacios flexibles en la escuela. Grupo Base Estrategia Municipio y escuela Saludables Medellín: Universidad de Antioquia (pp. 39-48); 2009.
8. Bell R. Comprensión del ciclo para la inclusión educativa en la educación superior ecuatoriana. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)*. 2020; 24(1), 1-21, doi: <http://doi.org/10.15359/ree.24-1.4>
9. Corvalán C, Kjellström T, Smith K. Health, environment and sustainable development: identifying links and indicators to promote action. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 1999;10(5):656-60
10. Franco Á, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 19 (5):291-299.
11. Shetty P. Achieving the goal of halving global hunger by. 2015; *Proc Nutr Soc*. 2006; 65(1):7-18.

12. Agudelo M. El problema de la fundamentación filosófica de los derechos humanos. Bases ontológicas. Bogotá: Editorial Temis; 2011.
13. Villar C, Uranga N. Acceso a medicamentos esenciales: un problema social, económico, médico y ético. En: http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/10/10023.pdf
14. Hogerzeil H, Barnes K, Henning R, Kocabasoglu Y, Möller H, Smith A, Summers R, De Vries T. Teachers Guide to Good Prescribing. World Geneva: Health Organization, Essential Drugs and Medicines Policy; 2001.
15. Bonal J, Alerany C, Bassons T, Gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>
16. Development Goals in Latin America? A call for caution. *Rev Panam Salud Pública.* 2006; 20 (5): 341-346.
17. González B. Medicalización, iatrogenia y ética de las relaciones con la industria farmacéutica. Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes (Gijón). III Máster Interuniversitario de Bioética; 2009.
18. Nussbaum M. Crear capacidades para el desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 2012.
19. Challenges and strategies for implementing the ecosystem approach to human health in developing countries. Reflections from Regional Consultations. Geneva: UNEP; 2001:65.
20. Tobón F. La educación y formación integral biopedagógica en farmacoseguridad. *Rev Electrónica Educare.* 2019; doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.23-1.7>
21. Määttä, K. y Uusiatti, S. Educational Psychological Perspectives on Sustainability Education. *Sustainability.* 2020; 12 (1):398, doi: <https://doi.org/10.3390/su12010398>
22. Rodríguez G, Goldman A. La conexión salud-desarrollo. Washington D.C.: (OPS/OMS); 1996.
23. Pellicer V, Belda S, López A, Boni A. Exploring connections between social innovation, grassroots processes and human development: an analysis of alternative food networks in the city of Valencia, INGENIO (CSIC-UPV) Working Paper Series, 2016. En: <https://www.ingenio.upv.es/sites/default/files/working-paper/2016-04.pdf>
24. Vallaey F. La Responsabilidad Social Universitaria: ¿Cómo entenderla para quererla y practicarla?, Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2014. En: <https://bit.ly/3bBrHJ7>

25. San Sebastian M, Hurtig AK, Rasanathan K. Is trade liberalization of services the best strategy to achieve health-related Millenium
26. Verger A, Normand R. Nueva Gestión Pública y Educación Duración: elementos teóricos y conceptuales para el estudio de un modelo de reforma educativa global. *Educ. Soc., Campinas*. 2015; 36 (132): 599-622. En: <https://bit.ly/3aHOkU0>
27. López A. La universidad en un contexto global: el humanismo en cuestión. *Retos y problemas. Rev. Uni-Pluri/Versidad*- 2006; 6 (3), 9-25.

Capítulo VI

Cáncer de Pulmón en México

Insumos para el diseño de estrategias preventivas hacia la sustentabilidad del sistema de salud

JOSÉ LUIS MANZANARES RIVERA

Resumen

El objetivo principal de esta investigación es documentar, desde una perspectiva temporal y geográfica, la evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón para los 32 estados del territorio mexicano en un periodo de 20 años comprendido entre 1998 y 2017.

El abordaje propuesto es útil como insumo en el proceso de planeación de las instituciones de salud en línea con las acciones comprometidas por el programa integral de prevención y control del cáncer en México.

Los resultados indican que a escala nacional la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón observó una reducción de 14.5% entre el periodo previo a la implementación de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) y la trayectoria observada en el periodo posterior, entre 2008 y 2017.

En cuanto a las diferencias por sexo se encuentra una reducción en las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón para la población masculina equivalente a 22% en el periodo entre 1998 y 2017.

No obstante, entre la población femenina, el 70% de las entidades no presentaron reducción y las entidades con el mayor incremento en las tasas de mortalidad en este segmento fueron Puebla y Guerrero en donde se duplicaron los niveles observados respecto al año inicial. La evidencia sobre la población femenina sugiere la necesidad de indagar posibles vínculos con determinantes sociales no necesariamente asociados con el hábito de tabaquismo.

Palabras clave: Cáncer de pulmón, EPOC, México, aprendizaje automatizado.

Introducción

Durante el año 2017 en México, 83,687 decesos fueron atribuidos a padecimientos oncológicos, clasificados en 337 causas distintas. Dada la complejidad de los factores de riesgo involucrados, este grupo de enfermedades se ha convertido en una amenaza de salud pública altamente letal que cobra la vida de 10 personas por hora en nuestro país, de acuerdo con los registros de mortalidad públicos disponibles más recientes a la fecha de esta investigación.

A pesar de los avances en el desarrollo de investigación aplicada que han permitido identificar factores de riesgo para causas específicas (1–3), aún persiste una elevada tasa de fallecimientos debido a padecimientos oncológicos cuyos factores de riesgo son considerados evitables.

Destaca dentro de este escenario la causa: cáncer de pulmón que registró 6.814 defunciones en este periodo (4). Esta causa de muerte representa, por su magnitud, el principal padecimiento oncológico entre la población masculina en México.

La evidencia empírica documentada a escala global indica que el factor de riesgo principal de este padecimiento está correlacionado con los patrones de consumo, específicamente al consumo de Tabaco (5), por lo que se trata, en principio, de un factor que es prevenible.

Dada la magnitud de esta amenaza de salud pública y el consenso sobre sus determinantes, desde el plano regulatorio en países de América Latina como México, se han implementado iniciativas orientadas a proteger a la población de los efectos nocivos del tabaco y asegurar el derecho de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco como la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) puesta en operación en el país desde 2008.

No obstante, el impulso de estos esfuerzos y otras campañas similares, desde la perspectiva del gasto público en salud, las cifras indican que México asigna el monto más bajo dentro de las principales economías de la región América Latina, con el 2.5% del PIB por debajo de Brasil (3.9%) o Chile que asigna el 4.8% (6).

Por lo anterior, se considera que contar con evidencia que contribuya al diseño de estrategias para hacer un uso eficiente de los recursos disponibles es una tarea continua que adquiere relevancia sobre todo con relación a aquellos padecimientos considerados de alto impacto.

Acorde con esta necesidad, esta investigación tiene dos objetivos. El primero es documentar la evolución temporal de la mortalidad por cáncer de pulmón para los 32 estados del país, en un periodo de 20 años comprendido entre 1998 y 2017 así como la distribución geográfica de esta causa de muerte. El segundo es contrastar la distribución territorial de la demanda por servicios oncológicos respecto a la disponibilidad de especialistas para atención en el país y mostrar el perfil de los costos asociados al tratamiento de este padecimiento.

El periodo estudiado también aporta evidencia para evaluar la situación previa y posterior a la entrada en vigor de instrumentos regulatorios diseñados para atender el avance de este problema de salud en México, como la Ley General Control del Tabaco, así como también se analizan posibles determinantes desde el contexto social.

En conjunto estos objetivos pretenden generar insumos que contribuyan a comprender mejor la ocurrencia de este fenómeno de salud pública en México, así como a la proyección presupuestal del sector, un componente esencial para la sustentabilidad del sistema de salud.

Datos y Métodos

El análisis se organiza en dos fases: la primera se presenta la situación actual y la segunda considera la evolución temporal de padecimiento. Ambas fases se sustentan en análisis exploratorio de datos (AED). Se utiliza como insumo principal, microdatos de uso público que consignan registros de defunciones documentadas por los establecimientos de servicio médicos de las instituciones públicas del país (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR), mismos que se recopilan a través del Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS). Se considera el total de bases de datos disponibles a la fecha de esta investigación que comprende el periodo de 20 años en-

tre 1998 y 2017.

En la primera fase, se realiza la estimación de las tasas de mortalidad para cáncer de pulmón definido a partir de las siguientes causas específicas consignadas por la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), lo que permite contar con un escenario homogéneo para la comparación de los resultados del estudio.

C34: Tumor maligno de los bronquios y del pulmón, C340: Tumor maligno del bronquio principal, C341: Tumor maligno del lóbulo superior, bronquio o pulmón, C342: Tumor maligno del lóbulo medio, bronquio o pulmón, C343: Tumor maligno del lóbulo inferior, bronquio o pulmón, C348: Lesión de sitios contiguos de los bronquios y del pulmón, C349: Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada⁶.

La estimación se realiza mediante el método directo considerando como población estándar los registros poblacionales de CONAPO.

Con el objetivo de explorar la distribución territorial de los patrones de mortalidad por cáncer de pulmón con mayor profundidad, se estima el indicador de concentración relativa denominado: cociente de localización (LQ) a escala municipal.

Esta medida relativa permite controlar por el tamaño de población en cada demarcación geográfica (Municipio) para determinar la concentración de casos por cáncer de pulmón. Es un indicador que, dado su potencial para detectar patrones espaciales, ha sido aplicado previamente por estudios epidemiológicos de corte empírico tal como se documenta en Jerrett, Eyles, Dufournaud y Birch (2003), así como en estudios recientes que analizan tendencias de mortalidad en países de América Latina (Manzanares, 2017b). El indicador *LQ* para un momento del tiempo determinado se estima a partir la siguiente especificación:

$$LQ_t = (C/T)_j / (C/T)_N$$

⁶Se omite la causa D022: Carcinoma in situ del bronquio y del pulmón debido a que representa menos del 0.1% de los casos registrados.

Donde la variable C corresponde al número de registros por defunciones para las siguientes causas C34, C40, C341, C342, C343, C348, C349, mientras la variable T corresponde con el número total de registros por defunciones en el año t , j representa una entidad federativa particular de la república mexicana y N indica el escenario nacional para un momento en el tiempo t . En ambas escalas geográficas, la proporción entre el número de defunciones por cáncer de pulmón y el total de defunciones es comparado para el año más reciente de información en el conjunto de datos: 2017.

El análisis territorial incluye el contraste de la demanda por servicios oncológicos representada por la distribución de los casos respecto a la distribución geográfica de los recursos humanos con especialidad en oncología disponibles a escala de centro hospitalario. En esta fase se emplean sistemas de información geográfica para representar la concentración de especialistas a lo largo del territorio nacional, validando su concentración cuantitativamente mediante la herramienta visual de curva de Lorenz.

Resultados

En primera instancia, se estima la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad y sexo para las 32 entidades del país, considerando los registros para el año más reciente de la serie temporal estudiada (2017). Esta primera aproximación permite tener una idea de la distribución actual del fenómeno e identificar aquellas entidades en donde se requieren posibles intervenciones. Así como las diferencias entre la población masculina y femenina.

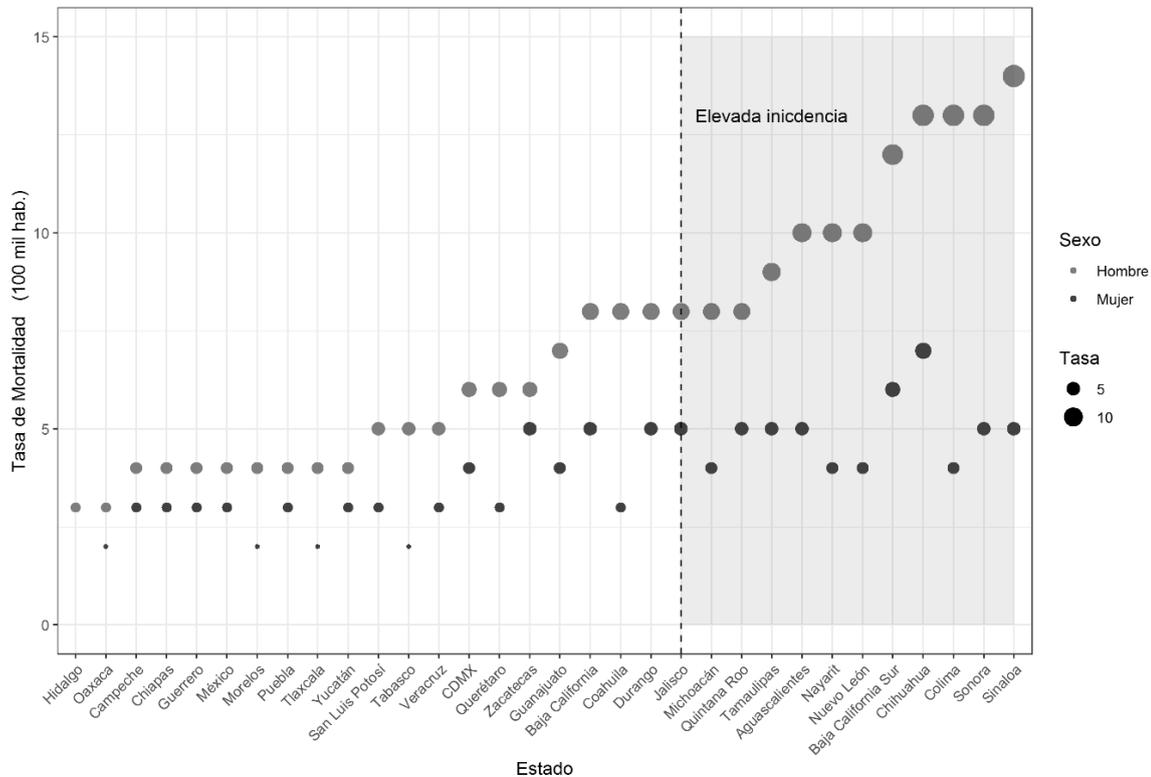
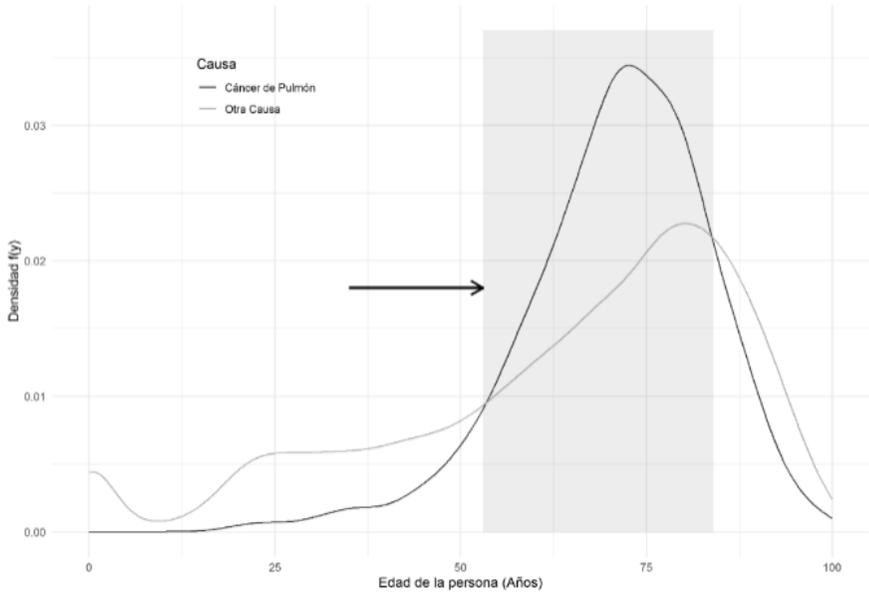


Gráfico 1 Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en México 2017.
Fuente: Elaboración propia con datos de (4).

Se encuentra un patrón sistemático que afecta en mayor medida al sexo masculino entre los 32 estados.

Observamos una tasa de mortalidad promedio de 5 personas por cada 100 mil habitantes, con una media de 7 Hombres y una máxima de 14 observada en Sinaloa. La tasa media para el sexo femenino es 4, con máxima de 7 mujeres y tiene lugar en Chihuahua. Este patrón implica que la tasa máxima para el sexo masculino duplica la correspondiente del sexo femenino, rasgo que sugiere la necesidad de profundizar en el estudio detallado de los posibles determinantes.

En seguida, se explora la edad de las defunciones, una variable de interés desde el punto de vista de la proyección de costos tanto para las familias como para el sistema de salud. Se representa en la gráfica 2, panel izquierdo, la función de densidad Kernel para la edad de las defunciones ocurridas en el país haciendo el contraste respecto al resto de causas de muerte registradas en el año de referencia. Mientras en la gráfica 2, panel derecho, se aplica un enfoque Bayesiano con la determinación puntual de la edad media de fallecimiento por estado en conjunto con el intervalo de confianza (CI) correspondiente, un cálculo que permite revelar diferencias entre cada estado.



Edad Promedio across Estados
T test estimate. defunciones por cáncer de pulmón

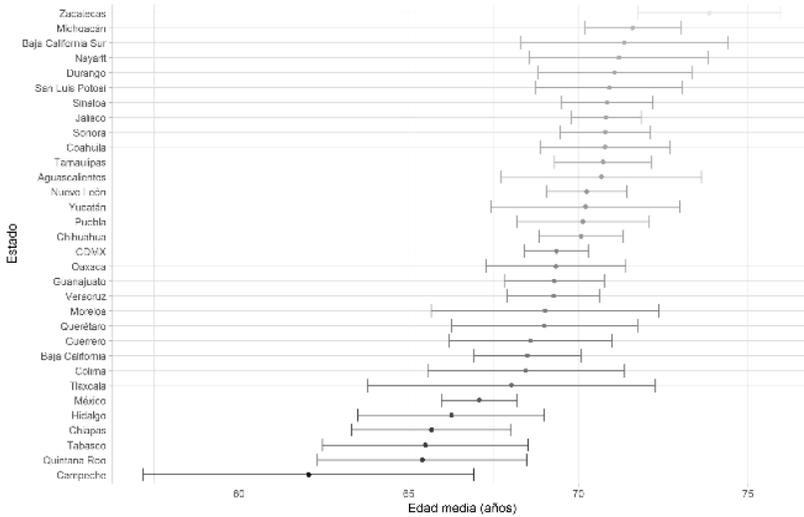


Gráfico 2 Distribución de edades para defunción por cáncer de pulmón México 2017.

Fuente: Elaboración propia con datos de (4).

La trayectoria de la función de densidad para la edad de las defunciones por cáncer de pulmón, indica que la mayor concentración de defunciones se tiene a partir de los 53 años con una edad media-

na⁷ de 69 años y un periodo de importante manifestación hasta los 84 años, periodo en el que la distribución de edad de muerte por cáncer de pulmón supera la concentración de mortalidad general.

Por su parte, la distribución estatal aporta mayor detalle y revela que si bien la edad promedio de defunción es 69 años, un subconjunto, relativamente pequeño conformado por los estados de Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Chiapas, presentan este fenómeno a edades más jóvenes respecto a estados como Zacatecas o Michoacán, por ejemplo. Para el resto de las entidades los intervalos de confianza permiten confirmar una edad promedio similar de defunción.

Esta evidencia aporta elementos para conocer los impactos desde una perspectiva más amplia. Por ejemplo, es posible aproximar los costos para el sistema de salud asociados al tratamiento.

La tabla 1, muestra un escenario base de los costos considerando un esquema de tratamiento estándar acorde con los lineamientos del *National Comprehensive Cancer Network guidelines*(NCCN) (7) y la estructura de costos actual del IMSS para servicios de atención médica (8).⁸

Tabla 1 Costos para el Sistema de salud en el tratamiento de cáncer de pulmón en México 2020.

<i>Tipo</i>	<i>Servicio</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Costo</i>
A	Consulta de Especialidades (3° nivel)	1	\$ 2,237.00
A	Traslado en Ambulancia	1	\$ 2,191.00
A	Consulta de Especialidades (2° nivel)	1	\$ 1,416.00
A	Consulta de Medicina Familiar	1	\$ 798.00
B	Resonancia Magnética	1	\$ 4,199.00
B	Quimio terapia	6	\$ 42,678.00

⁷Dado el sesgo de los datos que muestran un patrón no Gaussiano (distribución distinta a la normal) se considera que la mediana y no la media, aporta un indicador más apropiado de tendencia central en este caso.

⁸Nota la estimación incluye costos por A= Gasto ambulatorio o por consultas médica, B= Gastos Auxiliares de diagnóstico, C= Gastos por atención hospitalaria. Excluye medicamentos.

B	Tomografía Axial Computarizada TAC	1	\$ 2,686.00
B	Estudio de Medicina Nuclear	1	\$ 754.00
B	Estudio de Laboratorio Clínico	1	\$ 182.00
B	Radio terapia	1	\$ 2,115.00
C	Día Paciente en Hospitalización	3	\$ 2,619.60
C	Atención de Urgencias	1	\$ 3,456.00
Total			\$ 65,331.60

Fuente: Elaboración propia con datos de (8). Precios actualizados a 2020. ⁹

Considerando los costos expuestos en la tabla 1 y dado que en 2017 se registraron un total de 6 814 defunciones atribuidas a cáncer de pulmón, una estimación conservadora del costo anual en estos pacientes implica una erogación equivalente a \$1,213.8 millones de pesos.¹⁰

Este monto representa el 17.8% del presupuesto asignado al rubro para prevención y control de enfermedades en la principal institución proveedora de seguridad social en México, el IMSS (9) y representa el 84.2% del presupuesto total del Instituto nacional de cancerología (INCAN) para 2020 (10).

Desde un punto de vista estrictamente metodológico, es importante considerar que los costos estimados reflejan el valor que tienen los servicios según el tabulador del IMSS y no necesariamente el costo erogado por el sistema de salud, ya que los valores fijados son una estimación dirigida a la población sin derechohabiencia. En todo caso, son una aproximación a la magnitud del subsidio que los derechohabientes reciben considerando el valor de los servicios a precios de mercado.

⁹Importante notar que el costo del tratamiento depende considerablemente de factores individuales con relación a la etapa de diagnóstico y la respuesta del paciente, entre otros. De manera que, los costos varían de paciente a paciente, por lo que la información muestra un escenario de tratamiento base según los lineamientos internacionales.

Es importante señalar que no se incluye en la tabla 1, información relativa al costo de medicamentos específicos, dado que el tratamiento de padecimientos de naturaleza oncológica como el cáncer de pulmón resulta altamente personalizado y varía considerablemente por factores individuales con relación a la etapa de diagnóstico y la respuesta del paciente al tratamiento.

Si bien, acorde con el cuadro básico de medicamentos del IMSS, fármacos considerados de primera línea en el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón como el Pembrolizumab¹¹(IMSS, 2019) (Keytruda por su nombre comercial), que son considerados como tratamientos muy efectivos, tienen un costo estimado anual por paciente que supera los 50 mil dólares estadounidenses (USD) (The IQVIA Institute, 2018), por lo que se trata de un fármaco cuya disponibilidad para los pacientes en países emergentes como México, está comprometida dado el perfil prohibitivo de su costo, o en el mejor de los casos, implica un impacto financiero potencialmente elevado para el sistema de salud.

Acorde con la información del ingreso por ventas en la industria farmacéutica por área de especialidad, en 2018, este medicamento, Keytruda, se posicionó entre los 5 fármacos de mayor recaudación por ventas a nivel global, como se muestra en la gráfica 3.

¹⁰La estimación considera el costo de \$312 404 047 para el 19% de pacientes bajo el supuesto de supervivencia de al menos 5 años posteriores al tratamiento y \$901 4682 83 atribuido a los pacientes cuya supervivencia es inferior a 5 años, posterior al diagnóstico. Los costos se estiman a precios reales con año base 2020.

¹¹ Se administra como una infusión intravenosa de 200 mg durante 30 minutos cada 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

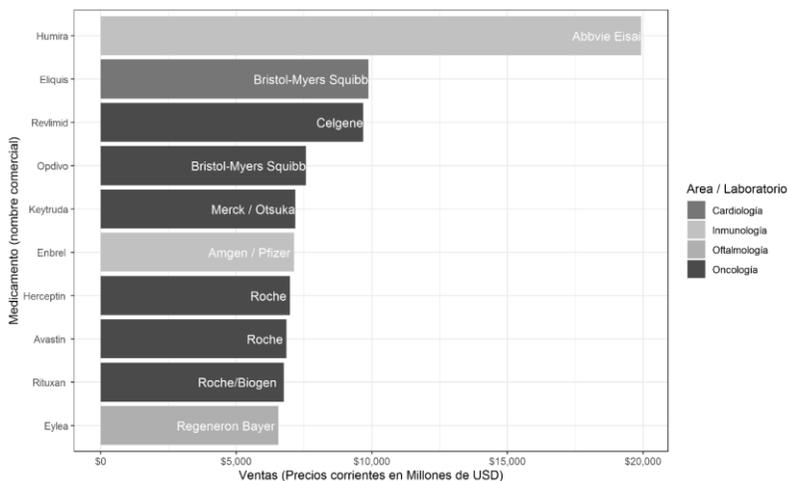


Gráfico 3. Valor de ventas según área de especialidad y laboratorio para los 10 principales medicamentos en el mercado farmacéutico global. 2018, (Millones de USD).

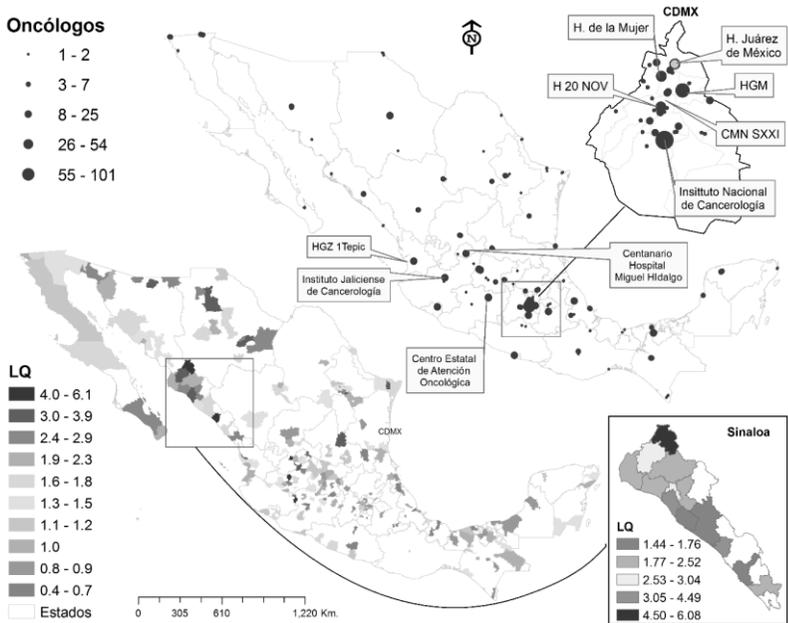
Fuente: Elaboración propia con datos de (statista, 2018). Ventas en millones de dólares precios corrientes, para el mercado mundial.

Considerando la disponibilidad de recursos asignada al sector, la carga presupuestal de este medicamento y otros fármacos similares constituye un foco de atención para las proyecciones de riesgo financiero de las instituciones de salud en el largo plazo que deberá atenderse para permitir la sustentabilidad del sistema. Al mismo tiempo, notamos que constituye una de las principales fuentes de ingreso de la industria farmacéutica global, un indicativo de su importancia en términos de la incidencia global de este padecimiento.

Distribución territorial de la demanda por servicios oncológicos y disponibilidad de especialistas para atención

Para analizar la distribución territorial de las defunciones por cáncer de pulmón con mayor detalle se estima a continuación el cociente de localización (LQ) con desagregación a escala municipal. Esta medida de concentración relativa controla por el tamaño de la población en cada unidad geográfica, permitiendo el contraste de los

niveles observados en cada municipio respecto a la concentración observada en el país, representada por el umbral $LQ=1$. El mapa 1 muestra el resultado.



Mapa 1. Concentración de casos por municipio según cociente de localización LQ y distribución de Oncólogos por establecimiento de servicio de salud (CLUES). 2017.

Fuente: Elaboración propia con datos de (4,11).

El patrón de concentración que aporta el cociente de localización LQ para los registros de defunciones por cáncer de pulmón, permite determinar áreas de atención prioritaria, entre ellas diversos municipios al interior de las entidades de alta incidencia como Sinaloa, en los municipios: Choix, Elota o Angostura en donde se observan concentraciones relativas equivalentes a 6, 4.5 y 3.8 veces la que presenta el territorio nacional.

Asimismo, se detecta una importante presencia del fenómeno en municipios del centro occidente y norte del país, incluidos municipios como Teocaltiche, Jalisco, ($LQ=6.14$), Saucillo y Delicias en el estado de Chihuahua con $LQ=2.49$ y 3.24 respectivamente y Ca-

nanea en Sonora (LQ=3.4).

Un segundo rasgo de interés en combinación con la evidencia anterior es la distribución de los médicos con especialidad de oncología registrados. En total la red de médicos oncólogos en centros hospitalarios públicos de México muestra que se tienen 1039 especialistas activos (SINAIS, 2017b), con presencia en 303 hospitales, no obstante, dentro de estos hospitales encontramos una notable inequidad ya que el 32% de los centros hospitalarios concentran el 71% de los oncólogos disponibles. La gráfica 4, muestra este patrón mediante la estimación de la curva Lorenz.

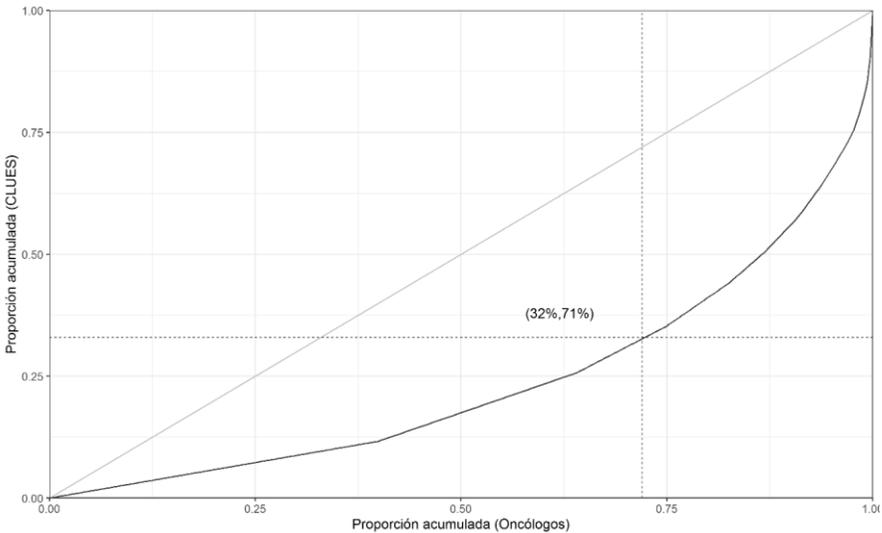


Gráfico 4. Curva de Lorenz. Distribución de Oncólogos en establecimientos de Servicios de salud (CLUES), 2017.

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de (11).

Por su parte la gráfica 5, estima la relación de médicos oncólogos a defunciones por entidad respecto a las tasas de mortalidad, para determinar si los oncólogos están asignados en donde se necesitan, asumiendo que las tasas de mortalidad son un proxy de la demanda por médicos.

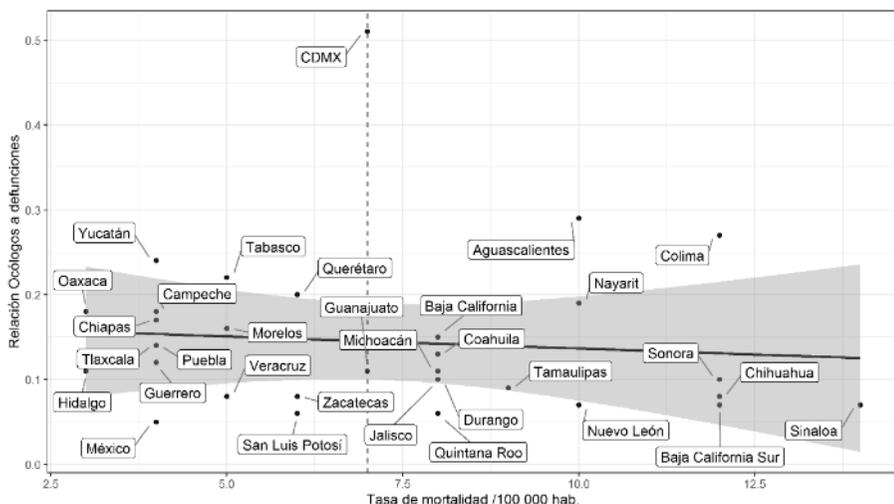


Gráfico 5 Relación Médicos oncólogos por entidad a tasas de mortalidad 2017.

Fuente: Elaboración propia a partir de (4,11). Nota: La línea punteada marca el valor promedio de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en el país.

Se encuentra una relación negativa, en la cual estados que tienen las mayores tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, registran los menores indicadores de médicos a defunciones. Lo que se traduce en un desequilibrio entre la demanda por servicios especializados de oncología y la distribución de los especialistas a escala territorial, con un *outlier* evidente, que es la ciudad de México, entidad que teniendo el valor medio en la tasa de mortalidad nacional (7 personas por 100 mil hab.), exhibe la mayor relación médicos a defunciones y de hecho concentra el 34% de los especialistas en oncología de todo el país.

Evidencia que refuerza el sesgo revelado por la curva de Lorenz, pero al mismo tiempo permite identificar entidades concretas para dirigir los esfuerzos de política pública en esta materia de contratación de especialistas en oncología. Entre ellas: Sinaloa, Sonora, Chihuahua o Baja California Sur.

Trayectoria de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón: evidencia a lo largo de 20 años de registros

Un aspecto central de esta investigación es el estudio de la trayectoria de las tasas de mortalidad lo que requiere un esfuerzo para análisis de un mayor volumen de datos, para determinar las tasas por cada estado en una serie de tiempo de 20 años con un total de 10 786 324 registros. Este abordaje es complementario a la perspectiva geográfica y nos permitirá, entre otras cosas, contar con elementos para evaluar la evolución del cáncer de pulmón en un horizonte temporal antes y después de la entrada en vigor de esquemas de regulación dirigidos a la prevención del tabaquismo. La gráfica 6 muestra la estimación para los 32 estados que conforman el país.

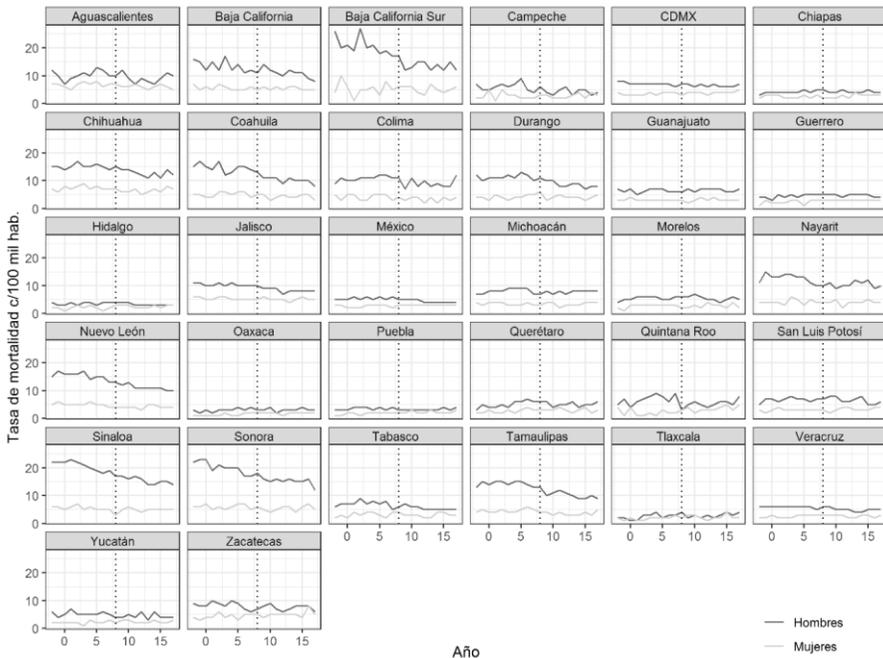


Gráfico 6 Evolución de las tasas de mortalidad en el periodo entre 1998-2017.

Fuente: Elaboración propia con datos de SINAIS, 1998-2017

A escala nacional la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón

observó una reducción de 14.5% entre el periodo previo a la implementación de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) y la trayectoria observada en el periodo posterior, entre 2008 y 2017.

Si embargo, la estimación revela un comportamiento diferenciado entre la población masculina y femenina. Considerando el periodo total de estudio, encontramos que la población de sexo masculino observó una reducción del 22% en su tasa de mortalidad en el lapso de dos décadas.

A escala territorial, observamos que la mayor reducción para el sexo masculino ocurrió en los estados del norte del país: Baja California Sur (54%). Baja California, (50%) Sonora, (47%) y Coahuila con una reducción del 36%.

Si bien, en la mayoría de los estados, (20 estados), hubo una reducción en las tasas de mortalidad entre esta población, en 9 estados tenemos un incremento, siendo el mayor incremento en Tlaxcala y Querétaro, entidades en donde las tasas de mortalidad de hecho se duplicaron en el periodo de referencia.

Mientras las tasas de mortalidad en el periodo de estudio indican una reducción para el caso de la población masculina, para el caso femenino observamos un incremento del 8% entre el escenario para el año de inicio del periodo de estudio y al año más reciente 2017 de la serie. De hecho, en la mayoría de las entidades se observa un incremento de sus tasas de mortalidad, localizado principalmente en estados pertenecientes a la región sur del país.

Los mayores incrementos en las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón entre la población femenina se presentaron en los estados de Puebla (con un incremento de 200%), Guerrero (200%), Oaxaca (100%), Yucatán (100%) y Veracruz (50%).

Esta evidencia indica un contraste fundamental entre el sexo masculino y el femenino que sugiere roles de género y hábitos distintos. Llama la atención también que estos estados en donde las mujeres están teniendo una mayor mortalidad por cáncer de pulmón son estados con un importante componente demográfico indígena un rasgo que ha sido documentado previamente como determinante social de afecciones pulmonares, incluidos aquellos de naturaleza on-

cológica incluso en ausencia de tabaquismo (Dean Hosgood et al., 2010; Ramirez, M., Mireles Lezama, P., Jaimes Ramirez, S., & Gomora Lara, 2012).

Para analizar con mayor detenimiento este hallazgo, se considera a continuación la trayectoria de casos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) un factor de riesgo independiente para el desarrollo de cáncer de pulmón, comúnmente referido en la literatura especializada (15). Diversos estudios han aportado evidencia de que esta condición representa *per sé* un determinante socio ambiental ligado al desarrollo de cáncer de pulmón (13), particularmente se ha documentado que la exposición al humo de leña se asocia con la presencia de esta condición (16) que por el rol de género, es más común entre la población femenina, generalmente a cargo de las labores de preparación de alimentos en el seno familiar.

La gráfica 7 muestra la evolución de las defunciones a causa de EPOC en los 32 estados de México en el periodo entre 1998 y 2017.

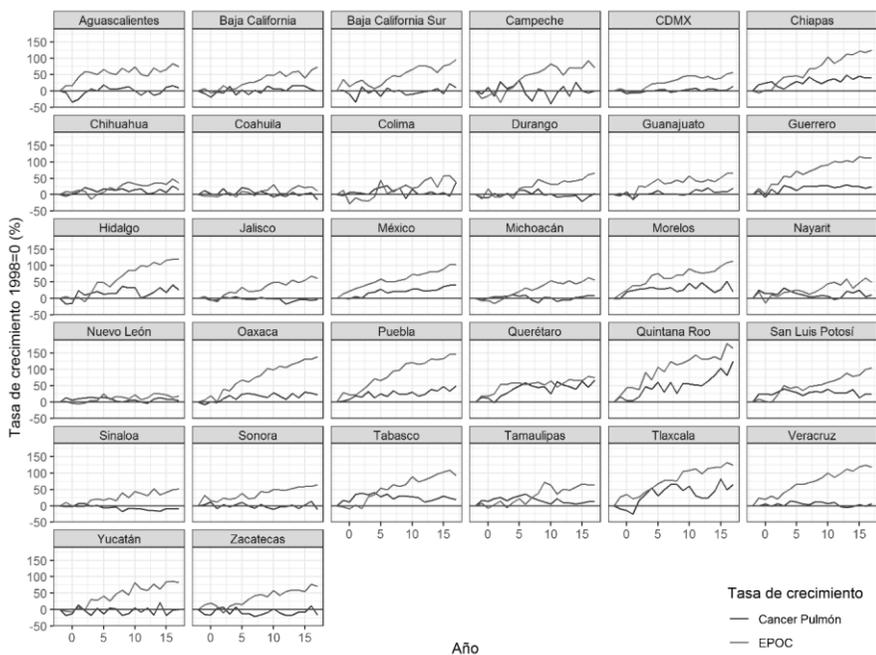


Gráfico 7. Evolución temporal de defunciones por EPOC y cáncer de pulmón por entidad. 1998-2017.

Fuente: Elaboración propia con datos de SINAIS 1998-2017.

El primer rasgo que se obtiene de la estimación en la gráfica 8, es que la mortalidad por EPOC, padecimiento considerado un factor de riesgo independiente para el desarrollo de cáncer de pulmón, supera sistemáticamente la trayectoria que sigue el cáncer de pulmón en el país.

Un segundo resultado en este sentido es la magnitud de la brecha entre la evolución de ambos padecimientos, que alcanza su máxima expresión en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Puebla. Estos estados son relevantes ya que son considerados como los de mayor incidencia de pobreza en el país, con el 76.4%, 66.4%, 66.3%, 61.7% y el 58.9% de su población, considerada en situación de pobreza, acorde con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (17).

Esta evidencia sobre el comportamiento de los pacientes de EPOC sugiere la necesidad de indagar su relación con las tasas de

mortalidad por cáncer de pulmón para el sexo femenino ante posibles determinantes socio ambientales de contexto. La gráfica 8, muestra el comportamiento conjunto de este padecimiento en el contexto de la incidencia de pobreza por estado.

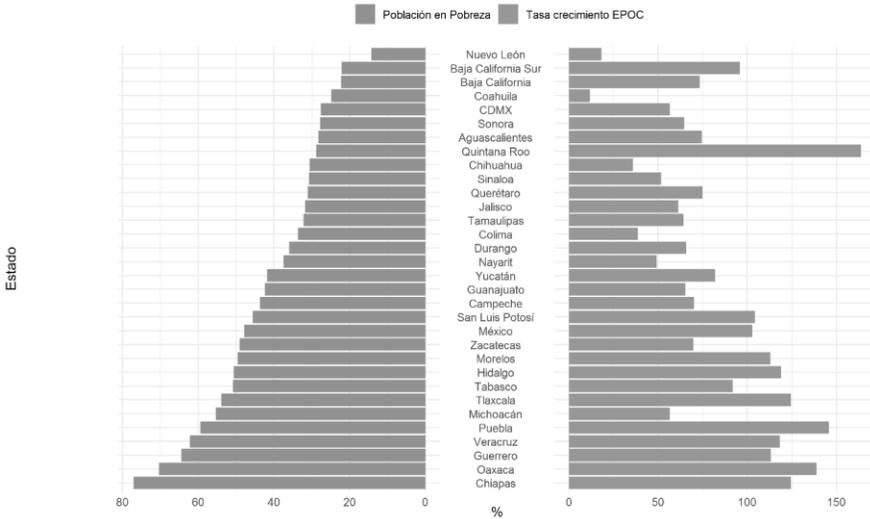


Gráfico 8. Tasa de crecimiento de EPOC y proporción de población en pobreza según entidad federativa 2017.

Fuente: Elaboración propia con datos de SINAIS 2017.CONEVAL 2016.

Discusión

La evidencia en retrospectiva para 20 años de registros de mortalidad en México muestra una tendencia contra cíclica dentro del grupo de padecimientos oncológicos, con una disminución causa específica para cáncer de pulmón del orden de 22% en el periodo entre 1998 y 2017.

Dada la carga financiera documentada de este padecimiento, la trayectoria documentada implica una reducción de costos de atención y por ende de la carga para el sistema de salud en su conjunto, en paralelo con la implementación de mecanismos regulatorios en respuesta a esta amenaza de salud pública. Lo anterior sin detrimento de los retos identificados por estudios previos como (18) sobre los mecanismos de implementación de la ley general para el control del

tabaco.

Desde la perspectiva geográfica llama la atención en esta trayectoria descendente observada que se tiene un patrón regional en el cual las entidades ubicadas en el norte del país registraron las mayores reducciones.

Adicionalmente los resultados aportan un contraste relevante en términos de las diferencias por sexo ya que, a excepción del sexo masculino, para las mujeres, se encontró un incremento en estados localizados fundamentalmente en el sur del país, como Puebla, Guerrero y Oaxaca. Esta evidencia en cuanto a patrones temporales y geográficos aporta elementos para la evaluación de la efectividad de la estrategia de prevención que puede ser considerada en el proceso de mejora del programa nacional de atención ya que constituye insumos para implementar acciones focalizadas.

Considerando el análisis contextual de los determinantes destacan dos hallazgos: a) el hecho de que entre los estados que registran incremento en las tasas de mortalidad para la población femenina se tienen trayectorias ascendentes también en padecimientos relacionados considerados como factores de riesgo independientes, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Y b) el papel que determinantes específicos adicionales al tabaquismo pueden tener en tal incidencia, así, mientras se ha tenido una rigurosa política pública dirigida a controlar los impactos del tabaquismo, persiste un impacto negativo en el desarrollo de EPOC entre la población, asociado a otros factores de riesgo, tanto de carácter social como ambientales lo que concuerda con las observaciones de estudios que abordan esta relación (19,20). Quienes reportan que hábitos como el uso de leña, en sustitución de otros combustibles, generalmente presente en contextos de pobreza, son comúnmente responsables de afectaciones respiratorias entre la población femenina.

Desde la perspectiva territorial, un reto identificado por el presente estudio que se traduce en acciones de política pública dirigidas se refiere al desequilibrio territorial entre la demanda por servicios oncológicos y la distribución de especialistas en unidades hospitalarias en el país. En este sentido se identifican áreas prioritarias para la

contratación de especialistas con base en el crecimiento del padecimiento y su concentración relativa y se documenta la excesiva concentración de especialistas en áreas urbanas en el centro del país.

Evidencia que refuerza los indicadores desarrollados por otros análisis especializados que muestran el rezago de México en esta materia en el contexto de América Latina. Donde otros países de la región como Brasil muestran un indicador de oncólogos por cada 100 mil habitantes que duplica el de México con 17 contra solo 8 respectivamente (21).

Conclusiones

El cáncer de pulmón en México muestra una trayectoria decreciente general consistente con una estrategia integral de control. Retos importantes persisten en cuanto a la población femenina en regiones específicas que deberán atenderse para mitigar el impacto social de este padecimiento.

Referencias bibliográficas

1. Johnson A, Johnson A, Hines R, Mohammadi R. Neighborhood Context and Non-Small Cell Lung Cancer Outcomes in Florida non-Elderly Patients by Race/Ethnicity. *Lung Cancer* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 30]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169500220300234?dgcid=rss_sd_all&utm_source=researcher_app&utm_medium=referral&utm_campaign=RESR_MRKT_Researcher_inbound
2. Reynales-Shigematsu LM. Tobacco and cancer: Epidemiology and new perspectives of prevention and monitoring in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2016;58(2):251–60.
3. Lancet T. Lung cancer: some progress, but still a lot more to do [Internet]. Vol. 394, *The Lancet*. 2019 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <http://www.euro>.
4. SINAIS. Bases de Datos Estándar Defunciones [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 29]. Available from: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_defunciones_gobmx.html
5. Zinser-Sierra JW. [Tobacco use and lung cancer]. *Salud Publica Mex.*

2019;61(3):303–7.

6. OECD. Indicator overview: comparative performance of countries and major trends. In: *Health at a Glance 2019* [Internet]. OECD; 2019 [cited 2020 Jan 30]. (Health at a Glance). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

7. Kishor Ganti AP, Loo BW, Chair V, Akerley W, Bassetti M, Bauman J, et al. Charles Florsheim Patient Advocate Continue NCCN Guidelines Panel Disclosures NCCN Guidelines Version 3.2020 Small Cell Lung Cancer. 2020.

8. DOF DO de la. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 6]. p. 260–5. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5583111&fecha=30/12/2019&print=true

9. SHCP. Presupuesto de egresos de la federación 2020. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2020.

10. SHCP. Presupuesto de Egresos de la Federación 2020 | Entidades de Control Directo [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 29]. Available from: https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2020/entidades_de_control

11. DGiS. Recursos en Salud [Internet]. Recursos en Salud 2017. 2020 [cited 2020 Feb 4]. Available from: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html

12. Dean Hosgood H, Boffetta P, Greenland S, Lee YCA, Mclaughlin J, Seow A, et al. In-home coal and wood use and lung cancer risk: A pooled analysis of the international lung cancer consortium. *Environ Health Perspect*. 2010 Dec;118(12):1743–7.

13. Corrales L, Rosell R, Cardona AF, Martín C, Zatarain-Barrón ZL, Arrieta O. Lung cancer in never smokers: The role of different risk factors other than tobacco smoking. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2020;102895.

14. Ramirez, M., Mireles Lezama, P., Jaimes Ramirez, S., & Gomora Lara B. La experiencia de las estufas ahorradoras de leña en dos comunidades indígenas del Estado de México | *Ambiente y Desarrollo*. *Ambient Y Desarro* [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb 11];16(31):91–105. Available from:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/ambienteydesarrollo/article/view/4334>

15. Parris BA, O’Farrell HE, Fong KM, Yang IA. Chronic obstructive

- pulmonary disease (COPD) and lung cancer: common pathways for pathogenesis. *J Thorac Dis* [Internet]. 2019 Oct;11(Suppl 17):S2155–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31737343>
16. Nagasaka M, Lehman A, Chlebowski R, Haynes BM, Ho G, Patel M, et al. COPD and lung cancer incidence in the Women’s Health Initiative Observational Study: A brief report. *Lung Cancer* [Internet]. 2020;141:78–81. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169500220300179>
17. Coneval. 10 años de medición de pobreza en México, avances y retos en política social. 2019.
18. Barrientos-Gutiérrez T. Evaluación científico-técnica de la Ley General para el Control del tabaco de México. *Salud Publica Mex.* 2010;52(SUPPL.2):277–82.
19. Condemni V, Gestro M. Chapter 5 - Health impact of fuel poverty. In: Fabbri KBT-UFP, editor. Academic Press; 2019. p. 105–23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128169520000053>
20. Sana A, Somda SMA, Meda N, Bouland C. Chronic obstructive pulmonary disease associated with biomass fuel use in women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open Respir Res* [Internet]. 2018 Jan 12;5(1):e000246–e000246. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29387422>
21. The IQVIA Institute. Global Oncology Trends 2018 - IQVIA [Internet]. Parsippany, NJ; 2018 [cited 2020 Feb 11]. Available from: <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/global-oncology-trends-2018>

Capítulo VII

Alianzas estratégicas en salud global

Perspectivas innovadoras para una Epidemiología del Desarrollo Sostenible

JOSÉ CARLOS SUÁREZ-HERRERA

ZULMIRA M. ARAÚJO HARTZ

MARLY MARQUES DA CRUZ

Resumen

De cara a la complejidad de los desafíos actuales en materia de salud global, las políticas internacionales de salud pública propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) integran gradualmente ciertas estrategias que no fueron consideradas en Alma Ata, tales como los impactos en la salud de la recesión global y la globalización, la necesidad de estrategias de desarrollo sostenible centradas en el ser humano, un compromiso sólido con los principios éticos de equidad en salud y un amplio uso de alianzas para la salud a niveles globales, nacionales y locales. Así, la mejora de la salud y del bienestar de las poblaciones, así como la equidad en salud pública, aparecen hoy día como principios básicos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), promoviendo el acceso a los servicios y sistemas de salud y el imperativo moral implícito de la justicia social. Estos principios – que se concentran en el ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” – se expresan más concretamente en el reconocimiento de la salud global como un derecho humano básico. Esto da lugar a una serie de acciones y alianzas para combatir activamente los brotes epidémicos emergentes, lograr mejoras substanciales en los índices de salud pública y abordar la creciente carga de las enfermedades crónicas. Estas alianzas se contemplan en el ODS 17: “Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible”. Diferentes modalidades de alianzas, tales como la

gobernanza en red, la concertación intersectorial, la asociación público-privada y la participación comunitaria, han desempeñado un papel importante en la ampliación y el fortalecimiento de los programas de salud pública basados en el desarrollo sostenible en los países de todos el mundo, incluidos aquellos de América Latina y El Caribe. El objeto de este capítulo es el de presentar las características esenciales de ciertos tipos de alianzas interorganizacionales e inter-institucionales que constituyen un eje esencial en la Nueva Epidemiología del Desarrollo Sostenible.

Palabras Clave: Salud Global; Gobernanza; Epidemiología; Desarrollo Sostenible

Introducción

De cara a la complejidad de los desafíos actuales en materia de salud global, las políticas internacionales de salud pública propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) integran gradualmente ciertas estrategias que no fueron consideradas en Alma Ata, tales como la medida de los impactos en la salud de la recesión global y la globalización, la necesidad de enfoques de desarrollo sostenible centrados en el ser humano, un compromiso sólido con los principios éticos de equidad en salud y un amplio uso de alianzas estratégicas para la salud a niveles globales, nacionales y locales (1,2).

En este contexto, la mejora de la salud y del bienestar de las poblaciones, así como la equidad en salud pública, aparecen hoy día como principios básicos de la Agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), promoviendo el acceso universal a los servicios y sistemas de salud y el imperativo moral implícito de justicia social (3). Estos principios – que se concentran en el ODS n° 3: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* – se expresan más concretamente en el reconocimiento de la salud global como un derecho humano básico (4). Este reconocimiento exige, por otro lado, la puesta en marcha de una serie de alianzas estratégicas para combatir activamente las crisis sanitarias emergentes, lograr mejoras substanciales en los índices de salud pú-

blica y abordar eficazmente la creciente carga de las enfermedades crónicas (5,6).

Estas alianzas se contemplan en el ODS n° 17: “*Revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible*”. En el sector de la salud, diferentes modalidades de alianzas estratégicas, tales como la gobernanza en red (7), la colaboración intersectorial (8), la asociación público-privada (9) y la participación social (10), han desempeñado un papel importante en la ampliación y el fortalecimiento de los sistemas universales de salud en los países de todo el mundo, incluidos aquellos de América Latina y El Caribe (11). El objeto de este capítulo es el de presentar las características esenciales de estas nuevas formas de alianzas interorganizacionales e interinstitucionales que constituyen un eje esencial en la creación y la actualización del campo de la epidemiología y de la salud pública.

Transición social de la epidemiología

El 1 de abril de 1974 se presentó en la Cámara de los Comunes la versión final del Informe Lalonde, titulado “*Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*” (12). Este informe identificaba dos objetivos en el ámbito de la salud: el sistema de atención sanitaria, y la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, destacando que el estado de salud de una población es el resultado dinámico de la interacción de cuatro grandes categorías de factores determinantes de la salud de las poblaciones: factores biológicos, hábitos de vida, condiciones ambientales y la organización de servicios y sistemas de salud.

Así, basándose en la definición de la salud propuesta por la OMS como “*un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias*” (13), el campo de la epidemiología y de la salud pública enfatiza su insistencia en investigar explícitamente los determinantes sociales de la distribución de los patrones de salud en una población determinada, y no como simples circunstancias personales o familiares. Según algunos autores, abordar esta tarea requiere la contribución de teorías, conceptos y métodos que ayuden a comprender los vínculos entre la sa-

lud de las poblaciones y las influencias del contexto social de los territorios (14,15).

El vínculo entre la epidemiología y las ciencias sociales surge consecuentemente de la necesidad creciente de comprender el complejo entramado existente entre los múltiples factores del contexto y los patrones de salud de una población determinada.

Epidemiología Social y Salud Pública

La “*epidemiología social*” se distingue por su interés explícito en los determinantes sociales de las distribuciones poblacionales de la salud, la enfermedad y el bienestar, en lugar de tratar dichos determinantes como meros antecedentes de los fenómenos biomédicos (16). En el marco de este capítulo, se podría definir la epidemiología social como el estudio sistemático de los estados de salud y enfermedad, el bienestar y las condiciones sociales y sus determinantes, utilizando métodos de salud pública y de las ciencias sociales para desarrollar intervenciones y programas que reduzcan el impacto adverso de los peligros para la salud y promuevan y mantengan el nivel de salud de las poblaciones (17,18). Efectivamente, el creciente interés en los estudios epidemiológicos y la prevención de la enfermedad ha llevado a una mayor conciencia de la importancia del entorno social para la salud. En este campo de investigación y de acción interdisciplinar, se realizan hoy en día numerosas investigaciones sobre la posible asociación entre diferentes tipos de factores sociales y el estado de salud de la población (19).

Entre la miríada de factores sociales más estudiados por la epidemiología social, podríamos citar la organización del trabajo, la intervención comunitaria, el impacto de las políticas y las desigualdades sociales en salud.

Basados en los principios de la sociología de las organizaciones y de las ciencias de la gestión, algunos autores desarrollan sus trabajos sobre la organización del trabajo como determinante de salud. La mayoría de los trabajos se refieren a la forma en que se estructuran las organizaciones del trabajo y a las consecuencias que esas estructuras plantean para la salud de los trabajadores (20,21). Ampliamente

inspirados por los trabajos de orientación marxista, estos autores desarrollan la noción de “*alienación del trabajo*”, por la que la identidad de los trabajadores queda absorbida por la organización general del trabajo y el individuo se ve privado de autonomía y de oportunidades. En este contexto, los trabajadores pueden interiorizar su alienación y desarrollar diversas formas de sufrimiento mental y físico.

A nivel del entorno y las poblaciones, algunos trabajos sobre las diferentes modalidades de organización social han mostrado la intervención comunitaria como un factor relevante en el desarrollo de respuestas significativas a los desafíos económicos y sociosanitarios de los últimos 30 años (22). Este tipo de intervenciones, basadas en el efecto de los contextos vecinales y de la organización ciudadana en los resultados en materia de salud y desarrollo, permite desarrollar respuestas colectivas para remediar las disparidades y mejorar substancialmente la salud de las poblaciones (23). La importancia de las dinámicas sociales en el seno de una comunidad (así como la complejidad de los factores que se le relacionan) para el estado de salud de las poblaciones es tal, que numerosos autores han propuesto un tipo de investigación basada en el desarrollo de acciones conjuntas con los miembros de las comunidades (24–27)

Otro de los determinantes de salud clave para la epidemiología social es la dimensión política de la salud. En las últimas décadas, un buen número de investigaciones epidemiológicas se ha centrado en el impacto de la política – expresada ésta como el conjunto de tradiciones, partidos políticos y características del estado de bienestar –, en la salud de la población (21). Más precisamente, en las llamadas sociedades democráticas, los estudiosos y analistas de la salud pública estudiarían los diversos dispositivos institucionales (tales como los partidos políticos o el sistema legislativo) a través de los cuales las personas expresan sus deseos y necesidades y se configuran las políticas públicas que afectan a la salud de las poblaciones (28). De esta forma, la influencia de la política en salud pública podría manifestarse, entre otros, a través de las relaciones de poder (clase, raza, género, descentralización regional y nacional) y su expresión a través de instituciones representativas (29), de las tradiciones políticas de un país

determinado, de los regímenes de bienestar y de los fenómenos vinculados a la globalización (21).

Uno de los ejes de investigación y de acción centrales de la epidemiología social es su interés por los desequilibrios entre los diferentes grupos de población a nivel social, en un sentido amplio del término. Gran parte de su labor empírica ha demostrado la existencia de desigualdades en materia de salud a lo largo de varios ejes de diferenciación social (30,31). A medida que las agendas contemporáneas más relevantes de la salud pública se van alineando en sus componentes conceptuales y emerge más explícitamente el rol medular de la equidad como su principio constitutivo (6,22), va creciendo también la importancia y el peso de las desigualdades sociales en salud como instrumento por excelencia de la investigación en salud pública para juzgar objetivamente el progreso hacia la equidad en el seno de los territorios y sus poblaciones (32).

Se plantean entonces varias cuestiones esenciales inherentes al campo de la epidemiología social y más ampliamente de la salud pública, tales como la relación entre jerarquía social y salud para entender los gradientes en salud existentes en un territorio determinado y la necesidad práctica de una clasificación socioeconómica de los territorios y sus poblaciones.

Capital Social y Salud Comunitaria

Analizando el potencial de intervenciones progresivamente menos individualizadas y cada más centradas en la comunidad para prevenir las muertes por enfermedades cardíacas, el apoyo social y las medidas para aumentar la cohesión social se desempeñaron satisfactoriamente frente a los enfoques de atención médica más individuales (33). Desde entonces, la noción de “*capital social*” se ha utilizado para referirse a las características de las relaciones sociales – como los niveles de confianza interpersonal y las normas de reciprocidad y ayuda mutua – que facilitan la acción colectiva en beneficio de la salud de una comunidad (34).

A pesar de las numerosas críticas y cuestionamientos que algunos investigadores de la salud pública han manifestado en los últimos

20 años (35–37), se considera que el capital social desempeña un papel importante en el funcionamiento de la vida comunitaria en diversos ámbitos, que van desde la prevención de la delincuencia y la criminalidad juvenil, la promoción del desarrollo satisfactorio de los jóvenes y la mejora de la escolarización y la educación hasta el fomento de la participación política (38–41).

Otros autores constatan que los enfoques basados en el capital social se utilizan en la salud pública como alternativa tanto a la redistribución económica centrada en el Estado como a la política de partidos, y representa una posible privatización tanto de la economía como de la política (35). Esos usos del capital social fueron un reflejo, a principios de los años 2000, de las políticas de “tercera vía” de potencias económicas occidentales, tales como Alemania, Reino Unido y los Estados Unidos (42). El interés por el capital social y su adopción efectiva en el seno de las comunidades están directamente vinculados al desarrollo de las políticas nacionales e internacionales emergentes en un contexto de globalización de la salud pública (36,43).

Podemos resaltar aquí la importancia – y la complejidad – que juega el contexto socioeconómico y político en el campo de epidemiología y de la salud pública. De todos los tipos de intervención que se podrían emplear para mejorar la salud de la población, es probable que las intervenciones basadas en el capital social sean las más específicas del contexto y se vean especialmente afectadas por los límites establecidos en torno a éste (43). Para una mejor aprehensión del contexto, se requiere una combinación de conocimientos del pensamiento sistémico, de los enfoques comunitarios de la investigación, y de las ciencias y teorías de las organizaciones (25,27,44). Para ello es necesario prestar una atención renovada a los componentes específicos del capital social, comprender cómo el contexto interactúa dinámicamente con los esfuerzos por mejorar la salud, dar un mayor papel a la práctica en el diseño, la aplicación, la adaptación y la evaluación de las intervenciones en salud pública, y el apoyo de los investigadores para desarrollar métodos más adecuados de reconocimiento y clasificación de los conocimientos generados por las intervenciones

complejas (45–48).

La contextualización de las intervenciones basadas en los principios de la epidemiología social y del capital social acontecen en el marco de una transición paradigmática de la salud pública cada vez más evidente, hacia dimensiones y referentes internacionales que irán configurando los pilares conceptuales, metodológicos y prácticos de un campo transdisciplinar emergente: la “*salud global*” (49,50).

Salud Global

En un contexto internacional neoliberal caracterizado por la globalización de los desafíos en materia de salud pública y bienestar de las poblaciones, se podría argumentar firmemente que el interés propio y el altruismo colectivo convergerán en un mundo cada vez más complejo e interdependiente (51). La transnacionalización de las enfermedades y los riesgos para la salud requiere una conciencia, un análisis y una acción mundiales, e indica la necesidad de formas más coordinadas e inclusivas de gobernanza. Las medidas transnacionales deben basarse en firmes convenios locales y nacionales, pero también requieren nuevas formas de colaboración transnacional a fin de reducir al mínimo los riesgos y aprovechar las oportunidades (52).

“Glocalización” de la salud

Algunos autores señalan el serio desafío que supone, para la salud pública internacional, la globalización de riesgos de todo tipo – industriales, financieros, alimentarios, sanitarios, ecológicos – en un contexto mundial de crecimiento de desigualdades sociales y de salud (52,53). El reto para garantizar la mejora y el mantenimiento de la salud de las poblaciones estará basado, durante las generaciones venideras, en la voluntad de los gobiernos de tomar decisiones de política interna e internacional que fortalezcan la redistribución de los ingresos, la reglamentación económica y los derechos ciudadanos (54).

La conexión acelerada entre políticas y fenómenos internacionales, por un lado, y la emergencia de un conjunto de acciones y mo-

vilizaciones ciudadanas, por el otro, marca la aparición de una nueva era para el campo de la epidemiología y la salud pública, que debe adaptarse – e incluso reinventarse estructuralmente – para lidiar con nuevos desafíos de orden global y local (55,56). En este contexto, las ciudades y los gobiernos locales – y con ellos las fracciones organizadas de la sociedad civil – asumen gradualmente un papel significativo como actores importantes en la escena internacional. La salud pública se reorganiza y emprende gradualmente un conjunto de acciones y de programas contando con la participación de las instituciones internacionales, los gobiernos nacionales y los líderes locales de la sociedad civil. El programa “*Municipios y Comunidades Saludables*” (57,58) muestra claramente cómo una perspectiva global de la salud puede hacerse realidad a nivel local fortaleciendo significativamente el desarrollo de los territorios y sus poblaciones. Ilona Kickbusch (59) propone el término “*glocal*” para este enfoque dual de la salud pública a fin de establecer una identidad global y un sentido colectivo, manteniendo la diversidad y la especificidad de las poblaciones a nivel local.

Así, a finales de los años 90 y principios de los 2000, se empieza comprender la importancia de la interconexión entre países, actores y sectores de intervención múltiples, dando lugar a la configuración en red de nuevos compromisos colectivos y una responsabilidad conjunta, un enfoque que a partir de ese momento es considerado por muchos estrategas mundiales como la única forma de avanzar en el proceso de globalización (60,61). Los dirigentes políticos y responsables de la salud pública cambian progresivamente su forma de trabajar con los sectores privados y asociativos, pasando de las asociaciones internacionales público-privadas a las asociaciones mundiales para la salud y creando, durante esta transición, nuevos mecanismos institucionales para gobernar la salud mundial (62–64).

Paralelamente, una red cada vez más creciente de actores de la sociedad civil participa de manera dinámica y frecuentemente resolutiva en la implantación de programas y proyectos de desarrollo territorial en el ámbito de la salud pública, dando forma a un conjunto de movimientos sociopolíticos de alcance transnacional, tales como los

grupos de lucha antiglobalización, los movimientos contra las desigualdades sociales, las reivindicaciones medioambientales, anti-racistas y anti-sexistas o las nuevas autoridades de seguridad alimentaria (65,66). Una miríada de redes de todo tipo de actores nace de las constantes interrelaciones entre las políticas de salud pública, los programas e intervenciones de salud y servicios sociales y los actores que representan a la sociedad civil (67–69). Estas redes de actores intersectoriales, entrelazadas a nivel internacional, facilitan en cierto modo el anclaje de diversos movimientos sociales globalizados en los escenarios locales de las luchas cotidianas y la gestión de la salud de los territorios y sus poblaciones (70,71).

En este contexto notablemente complejo, las instituciones gubernamentales de un buen número de países se encomiendan – algunos con más entusiasmo que otros – a la ardua tarea de coordinación en los procesos de planificación de políticas de salud y servicios sociales a escala internacional (72–74). De esta manera, la salud global encuentra nuevos nichos de investigación y de acción en espacios paradójicos simultáneamente de carácter regional local – entidades geográficas bien definidas, como las ciudades, los municipios y los pueblos –, y de carácter territorial global, en lugares espacialmente distantes, pero íntimamente interconectados (75). Como resultado, aparecen incesantemente nuevas formas de gobernanza que trascienden la capacidad de adopción de decisiones de esos actores para gestionar los desafíos en materia de salud global a una escala nunca vista (66,76).

Gobernanza mundial de la salud

Las crisis sanitarias actuales – como la reciente pandemia del COVID-19 causada por el nuevo coronavirus (Sars-Cov-2) –, ocasionan un impacto directo y sin precedentes en los procesos de reorganización democrática de los sistemas universales de salud, producen un debilitamiento de las políticas públicas y las relaciones interestatales y dejan entrever las desigualdades sociales subyacentes en las sociedades contemporáneas (77–79). De cara a estos nuevos desafíos de salud global, la respuesta internacional debe centrarse en los determi-

nantes políticos de la salud, en particular en los mecanismos que contribuyen en primer lugar, a garantizar los bienes y servicios públicos mundiales necesarios para un desarrollo más equitativo y seguro (80), y, por otra parte, a establecer los nuevos parámetros de una gobernanza mundial de la salud (2).

Una salud pública regida por los principios de gobernanza a escala mundial podría hacer frente a los posibles desafíos de liderazgo de las instituciones multilaterales en materia de salud, como la OMS, y a la escasa coherencia de los gobiernos en la configuración de las políticas internacionales de salud y servicios sociales que socavan las posibilidades de obtener beneficios sostenibles en materia de salud (81,82). Esta transición hacia una nueva salud pública, más integral y global permite (¡exige!) la entrada en el terreno de juego de nuevos actores de muy diferente índole, tales como las fundaciones privadas y las iniciativas de múltiples partes interesadas de la sociedad civil (83–85).

Ahora bien, la enorme cantidad de respuestas, las múltiples redes de actores que defienden todo tipo de intereses, la variedad de contextos en los que se crean las políticas de salud y desarrollo, todo ello agrava la complejidad de los desafíos mundiales. Estos desafíos evolucionan en un contexto mundial proteiforme y dinámico, caracterizado por una gran diversidad de normas, valores e intereses entre las sociedades, así como por grandes desigualdades en la distribución de los riesgos sanitarios y los recursos necesarios para hacerles frente (86). Los sistemas universales de salud necesitan de este modo adoptar las características propias de los sistemas adaptativos complejos, con sus múltiples y diversos actores, sus relaciones polivalentes y en constante evolución, así como sus ricas y dinámicas interacciones (53,87). El desarrollo y adopción de una gobernanza mundial de la salud a través de los propósitos de la teoría de la complejidad ofrece una visión clarificadora de los frecuentemente ininteligibles procesos de planificación de las políticas de salud global y, al tiempo que proporciona un marco teórico para dar sentido al conjunto, abre numerosas vías para acceder a esta complejidad a través de múltiples compromisos locales (55).

Según Frenk y Moon (86), cuatro funciones esenciales son imprescindibles para fortalecer los sistemas universales de salud, lo que facilitaría su transición hacia sistemas adaptativos complejos. La primera función es la producción de bienes públicos mundiales, especialmente los relacionados con el conocimiento (88,89). La segunda función es la gestión de las externalidades para prevenir o mitigar los efectos negativos para la salud que las situaciones o decisiones originadas en un país puedan tener en otros (90,91). La tercera función es la movilización de la solidaridad mundial, que ha sido el centro de atención predominante de los enfoques tradicionales de la salud global, principalmente mediante la prestación y distribución de ayudas (92,93). La cuarta función es un sistema de gobernanza mundial, que proporciona una dirección estratégica general a los sistemas universales de salud de modo que todas las demás funciones puedan desempeñarse adecuadamente.

De esta manera, las políticas y programas basados en un sistema de gobernanza mundial de la salud pueden originarse en diversos sectores de intervención. Por consiguiente, es necesario que los gobiernos configuren las nuevas estrategias de salud global siguiendo los propósitos de la acción intersectorial (94). Algunas iniciativas, como el programa “*La Salud en Todas las Políticas*” fomentaron precisamente los enfoques intersectoriales de la gestión, la coordinación y la acción colectiva. Este programa está estructurado esencialmente como un enfoque intersectorial para la elaboración de políticas públicas nacionales o regionales, de modo que los principios de salud pública son tenidos plenamente en cuenta por los sectores no sanitarios. Sin embargo, los riesgos actuales para la salud de las poblaciones adquieren dimensiones sin precedentes y se propagan rápidamente a nivel transnacional, lo que exige el desarrollo e implantación de nuevas formas de alianzas estratégicas basadas en la intersectorialidad de los programas e intervenciones entre los gobiernos (90).

Finalmente, la articulación de las acciones propias de una gobernanza mundial de la salud precisa de un desarrollo más sostenible para responder adecuadamente a los desafíos de sociedad. Los nuevos enfoques de salud pública basados en los ecosistemas, y en el

campo más amplio de la ecología de la salud, contribuyen a este objetivo, al abordar la salud de las poblaciones como un equilibrio entre el individuo, su familia y comunidad, su entorno y la sociedad (95). Numerosos autores declaran la importancia de la integración entre disciplinas y sectores, la participación de los interesados directos y una articulación de la sostenibilidad y la equidad para lograr acciones pertinentes para el cambio (6,54,96).

Salud Global y desarrollo sostenible

El desarrollo de las naciones se encuentra hoy día en un declive crítico global, ya sea a nivel político, financiero, social o medioambiental. Los recursos naturales se están agotando, mientras que la indiferencia hacia la integridad de los ecosistemas – arraigada en las prácticas políticas y comerciales actuales – no cesa de aumentar (87). De hecho, a pesar de la creciente sensibilización a escala planetaria en sentido contrario, esta indiferencia mostrada por algunos gobiernos y numerosas entidades financieras multinacionales hacia la sostenibilidad de los recursos (¡y de nuestro planeta!) a largo plazo y, por lo tanto, hacia la salud y el bienestar de las generaciones futuras, podría calificarse de gratuito (6) y en algunos casos, de negligente.

De este modo, los dirigentes políticos y las autoridades sanitarias responsables de la salud pública y el desarrollo de los territorios son interpelados a integrar los temas de sostenibilidad (incluyendo la gobernanza mundial de la salud, los sistemas universales de salud, la promoción de la justicia social y la defensa de los derechos humanos) en las estrategias de salud global. Esta incorporación constituye una contribución vital para proteger tanto a las generaciones presentes como a las futuras y para reducir las brechas de recursos y salud entre las poblaciones. En pocas palabras, la sostenibilidad se convierte en un elemento clave en la contribución del campo de la epidemiología y de la salud pública a la estructuración de una sociedad más justa y responsable.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La creación y firma en 2015 de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible da testimonio del alcance mundial y sistémico de los desafíos de la sociedad contemporánea¹². Esta iniciativa se estructura alrededor de 17 ODS que abarcan todas las cuestiones de desarrollo que preocupan a nuestro ecosistema mundial, tales como la pobreza, el hambre, la salud, la educación, el trabajo, la energía, el agua, la violencia, el clima y las desigualdades, entre otras.

La Agenda 2030 fusiona el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el Programa “*Cumbre de la Tierra*”¹³. Se trata de un enfoque universal, es decir, se aplica a todos los países, tanto del Norte como del Sur. A este respecto, la totalidad de los países de nuestro planeta son llamados a adoptar una postura socialmente responsable basada en la sostenibilidad de sus territorios. Con sus 17 ODS y 169 metas (o sub-objetivos), la Agenda 2030 ofrece una hoja de ruta detallada que abarca prácticamente todas los retos y desafíos de las sociedades contemporáneas, entre ellos, la salud y el bienestar de las poblaciones.

Los ODS constituyen un llamamiento a la acción de todos los países para promover la prosperidad y proteger el planeta. Reconocen que la erradicación de la pobreza exige la implantación de una serie de estrategias que fomenten el desarrollo económico y aborden las necesidades sociales crecientes en materia de educación, de salud, de protección social y de oportunidad de empleo, al tiempo que luchan contra el cambio climático y fomentan la protección del medio ambiente. Ahora más que nunca en la historia de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, los ODS proporcionan un marco crítico para la respuesta colectiva y coordinada a los desafíos actuales en materia de salud global, tales como los cambios climáticos o los brotes epidémicos y pandémicos (80,97,98).

¹² Sustainable Development Goals : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>

¹³“*Cumbre de la Tierra*” es la expresión que se utiliza para denominar las Conferencias de Naciones Unidas sobre el Medio ambiente y su Desarrollo, un tipo excepcional de encuentro internacional entre jefes de estado de todos los países del mundo, con el fin de alcanzar acuerdos sobre el medio ambiente, desarrollo, cambio climático, biodiversidad y otros temas relacionados.

El ODS n° 3 de la Agenda 2030 “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”, incluye esencialmente 13 metas, que abarcan las principales prioridades de salud e incluyen la agenda inacabada y ampliada de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuatro metas para abordar las enfermedades no transmisibles, la salud mental, las lesiones y las cuestiones ambientales, y cuatro metas sobre los medios de aplicación de estas estrategias.

Según Sachs (4), la mejora de la salud y el bienestar de las poblaciones es uno de los logros más importantes de nuestra era y uno de los mayores desafíos de la próxima generación. Adicionalmente, los principios de una gobernanza mundial de la salud se expresan en el reconocimiento universal de la salud como un derecho humano básico y en el nuevo ODS n°3 para asegurar una vida sana y promover el bienestar individual y colectivo. La epidemiología – y por ende la salud global – se sitúan indiscutiblemente en el corazón de este gran objetivo que ofrece así una oportunidad para el desarrollo de los territorios y sus poblaciones.

La dimensión ética juega un papel importante en el marco de la Agenda 2030. Los ODS, claramente más ambiciosos en su alcance que los ODM, vinculan desarrollo con sostenibilidad para promover la inclusión y la reducción de las desigualdades. Según algunos autores (3,99), la equidad sanitaria constituye un tema transversal, dentro de un marco conceptual basado en evidencias, que ayudaría a los países a desarrollar una acción coherente en todos los sectores y las esferas destinatarias de los ODS.

Sin embargo, nos enfrentamos hoy día a las consecuencias de un modelo de desarrollo que ha descuidado la sostenibilidad y la equidad, y que se ha construido a partir de la explotación intensiva de los territorios y de sus poblaciones (2). El reto que se plantea aquí para el desarrollo de una gobernanza mundial de la salud es esencialmente transversal, afectando todas las categorías de actores y todos los sectores de intervención. La sostenibilidad y la equidad en materia de salud se alinean definitivamente con el principio general de los ODS y el imperativo moral implícito de la justicia social que

deben acompañar el conjunto de respuestas colectivas a los desafíos de sociedad (100).

En este contexto, la OMS, en calidad de organismo normativo dotado de poderes constitucionales sin precedentes, y a pesar de los éxitos considerables alcanzados – como la erradicación de la viruela –, se enfrenta a numerosos desafíos para cumplir con las expectativas generadas en materia de salud y derechos humanos (101). Integrando los principios de la justicia social a las funciones esenciales de los sistemas universales de salud, algunos autores señalan que la legislación vigente en materia de derechos humanos permitiría establecer los principios y las bases de una gobernanza mundial de la salud más allá de las premisas políticas propuestas por las naciones (102,103). Sin embargo, existe una brecha de gobernanza entre el marco de derechos humanos y las prácticas internacionales de las políticas de salud global y desarrollo sostenible. Según estos autores, las manifestaciones actuales del derecho a la salud en la Agenda 2030 son insuficientes y superficiales, al no vincular explícitamente los compromisos o el discurso sobre el derecho a la salud con las obligaciones vinculantes de los tratados existentes en el marco de la cooperación para el desarrollo en materia de salud global (92,104).

Ahora bien, si tomamos los principios de una gobernanza mundial de la salud y de la justicia social, la totalidad de los ODS y sus objetivos puede caracterizarse como determinantes sociales de la salud que, por lo tanto, ejercen una gran influencia en la salud de las poblaciones. Por ejemplo, podríamos citar la eliminación del hambre y de la pobreza, el desarrollo de una educación inclusiva, equitativa y de calidad, la lucha por la igualdad entre los géneros y la reducción de la desigualdad en y entre los países, o los esfuerzos de estructuración de entornos urbanos más inclusivos, seguros y sostenibles. Algunos autores señalan la importancia de abordar estos determinantes sociales de la salud mediante nuevas formas de alianzas estratégicas, contando con la movilización de todas las esferas de gobierno, la implicación de las instituciones económicas y una participación social efectiva (1,9).

Consecuentemente, los esfuerzos por incluir los determinantes

sociales de la salud en el desarrollo de una gobernanza mundial de la salud han comenzado a proporcionar información crucial para el establecimiento de alianzas estratégicas más justas y sostenibles. Estas alianzas se basan en la colaboración – a escalas regional, nacional e internacional – entre una amplia gama de organizaciones, incluyendo gobiernos nacionales, autoridades locales, instituciones internacionales, empresas, organizaciones de la sociedad civil, fundaciones, filántropos, inversores de emprendimiento social, universidades y la ciudadanía.

Los ODS ofrecen una nueva oportunidad de colaboración entre la salud global y el resto de la sociedad y, es de esperar, el impulso para pasar de las palabras a la acción considerando la salud como un derecho humano básico (4,105,106). Dicho esto, para tomar estas decisiones – y elaborar planes de acción, estrategias y políticas integradas en el marco de una gobernanza mundial de la salud, es necesario mejorar nuestra comprensión de las pautas de interacción y de concertación entre los actores implicados (8,96,107).

Alianzas estratégicas en Salud Global

Cabe destacar el potencial federador de los ODS – al igual que el de los ODM precedentes. Tanto los dirigentes de una gobernanza mundial de la salud como las autoridades responsables de los sistemas universales de salud tendrán que demostrar su capacidad de respuesta coordinada, de reforma y de adaptabilidad a los desafíos emergentes en las sociedades contemporáneas (108). Entre los 17 ODS, la cooperación y las alianzas estratégicas se han enumerado como un factor clave para responder de forma innovadora y eficaz a estos desafíos y lograr las metas establecidas por la Agenda 2030.

Por otro lado, el reconocimiento de la salud global como un derecho humano básico, exige la puesta en marcha de estas alianzas estratégicas y concertaciones multilaterales para combatir activamente las crisis sanitarias emergentes, lograr mejoras substanciales en los índices de salud de las poblaciones y abordar eficazmente la creciente carga de las enfermedades crónicas (1,5,6,9).

Salud Global y nuevas formas de alianzas estratégicas

La configuración de alianzas estratégicas y multilaterales se contempla en el ODS n° 17: “*Revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible*”. En el campo de la salud global, constatamos la aparición de una serie de acciones y de intervenciones concertadas que desempeñan un papel importante en la ampliación de los programas de salud pública y en el fortalecimiento de los sistemas universales de salud – basados en el desarrollo sostenible – de los países de todo el mundo, incluidos los de América Latina y El Caribe (1,109).

Tal es el caso del “*Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo*”, creado en 2001 en el contexto de la pandemia del SIDA y los ODM. En este caso, la asociación entre el sector público y el privado jugó un papel importante en el avance de las ciencias de la salud y en la ampliación y el fortalecimiento de las actividades de salud pública basadas en evidencias en los países en desarrollo (9). Este tipo de iniciativas podría servir de inspiración para financiar la investigación, el desarrollo y la ampliación de las intervenciones tanto en el ámbito de la salud como en otros ámbitos de los ODS de la Agenda 2030.

Otros autores enfatizan igualmente la importancia de las asociaciones intersectoriales que los gobiernos pueden establecer con la salud pública, promoviendo asimismo la participación activa y reflexiva de la sociedad civil. La sostenibilidad de las asociaciones intersectoriales bien equilibradas contribuye a un desempeño satisfactorio de una gobernanza mundial de la salud y, lo que es más importante, a un buen estado de salud y de bienestar de las poblaciones (110–113).

Algunos estudios sobre las nuevas formas de alianzas estratégicas para abordar los determinantes de salud prioritarios identifican varios enfoques clave, entre los cuales cabe destacar el compromiso y la colaboración entre las partes interesadas para dar una respuesta colectiva a los desafíos actuales en materia de salud global (7,8,114). Otro factor clave para el desarrollo de este tipo de alianzas es el aprendizaje colectivo (107), considerado como el núcleo de la planificación y la adopción de iniciativas intersectoriales eficaces, concre-

tamente por su capacidad de adaptar constantemente las estrategias a las circunstancias cambiantes y a las situaciones imprevistas que afectan a los sistemas adaptativos complejos, tales como los sistemas universales de salud (53,55,86).

En el campo de la epidemiología y de la salud pública, a partir de un estudio sobre las enfermedades transmitidas por vectores, Herdiana *et al.* (115) identifican una serie de factores que influyen en la eficacia de la colaboración intersectorial, tales como el tipo de prácticas colaborativas, la gestión responsable de los recursos, la calidad de las relaciones institucionales, las modalidades de gobernanza y la visión compartida. Estos autores señalan que, a pesar de su importancia, muy pocos estudios han evaluado el grado en que la colaboración intersectorial contribuye precisamente al impacto social de las intervenciones en salud pública y recomiendan la realización de otros estudios de alta calidad que utilicen indicadores específicos para este tipo de estrategia.

Por su parte, varios grupos de investigadores han profundizado en este sentido, evaluando los efectos de las alianzas estratégicas en materia de salud global para la investigación y la educación (116–118). Identifican una serie de factores centrales en el éxito de los programas de salud global, tales como la constitución de un comité gestor de investigación; el desarrollo de un plan de acción estratégico; la obtención de apoyo institucional y financiación básica; el desarrollo de un liderazgo colectivo; el seguimiento y la evaluación de las intervenciones; la comunicación y coordinación sistemáticas; y la creación de redes estratégicas entre actores académicos e institucionales.

En este sentido, resulta más probable que las redes intersectoriales produzcan los efectos deseados cuando sus miembros construyen un marco operacional convincente sobre el plan de acción estratégica (que incluya una comprensión colectiva del problema, un consenso sobre las soluciones y un conjunto de razones plausibles para actuar), y cuando las partes interesadas consiguen crear una coalición política que implique actores influyentes más allá del sector de la salud, tarea que exige considerar íntegramente el conjunto de determi-

nantes de la salud, tales como los ODS de la Agenda 2030 (118–120).

Así, según Ledema *et al*, en el marco de una gobernanza mundial de la salud, se debería implicar a los profesionales de la salud y a los actores intersectoriales para crear una estructura de redes múltiples. Esta estructura requiere que las deliberaciones y colaboraciones sean flexibles y sitúa a los miembros de la red en una posición de “*híbridos estratégicos*”, lo que les permite co-construir un sentido común y un interés colectivo como respuesta a los desafíos actuales (121–124).

En el marco de la Agenda 2030, la eficacia de las redes de actores y de acciones concertadas podría apreciarse específicamente en términos de sostenibilidad. Algunos autores (125,126) constatan que, sobre la base de los ODS, existen varios desafíos a la hora de configurar una red de acción intersectorial sostenible. El primero es la definición conjunta del problema (generar consenso sobre la naturaleza del problema y la forma de abordarlo). El segundo es el posicionamiento (representar el problema de manera que inspire a los actores externos a actuar). El tercero es la formación de coaliciones (forjar alianzas sostenibles con los actores intersectoriales). El cuarto es la gobernanza (establecer un marco operacional y una serie de convenciones que faciliten la acción colectiva). Los resultados de las investigaciones indican que las redes mundiales de salud que abordan eficazmente esos problemas tienen más probabilidades de obtener apoyo para hacer frente a las condiciones que les preocupan.

Asimismo, para alcanzar los ODS de la Agenda 2030 habría que ampliar el abanico de colaboraciones. Varios autores muestran la importancia creciente y manifiesta de las organizaciones progresistas de la sociedad civil como actores vitales para lograr las transformaciones necesarias (10,127–129). Estos autores defienden la idea de que una sociedad civil robusta puede cumplir varias funciones esenciales en el campo de la salud global, tales como la creación de coaliciones intersectoriales más allá del sector de la salud, la garantía de los enfoques basados en los derechos humanos, el aumento de la legitimidad de las iniciativas en materia de salud de las poblaciones, la

mejora de los sistemas de rendición de cuentas y finalmente – una función esencial que desarrollamos en la próxima sección –, el fortalecimiento de los sistemas universales de salud.

Sistemas Universales de Salud integrados y sostenibles

Un aspecto clave de la respuesta integrada y sostenible a los desafíos de salud pública actuales es la capacidad de los países de fortalecer los sistemas universales de salud. La OMS considera que un sistema universal de salud comprende el conjunto de organizaciones, personas y acciones de un territorio determinado con la intención primordial de promover, restaurar o mantener la salud de las poblaciones (114,130). La cobertura universal de salud, una de las metas de salud del ODS n° 3 – indispensable para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones –, requiere un aumento significativo de la inversión pública en el fortalecimiento de los sistemas universales de salud (131,132).

Esta visión integradora va más allá de una lógica de acción sanitaria y se extiende a otros sectores y sistemas que influyen en la salud de las poblaciones (como por ejemplo la educación o el trabajo) o que consideran que la salud es una parte importante de su razón de ser, pero con objetivos que difieren de los del sistema de salud (como por ejemplo las políticas de cooperación para el desarrollo o las estrategias de lucha contra los cambios climáticos). Así, la capacidad de establecer alianzas estratégicas para fortalecer los sistemas universales de salud es fundamental para hacer frente a acontecimientos catastróficos, tales como la crisis económica y la pandemia de coronavirus (COVID-19,) que azotan actualmente las sociedades contemporáneas (102,133,134).

En otras palabras, la contribución de los sistemas universales de salud a la consecución de los ODS se vería fortalecida gracias a la articulación de una red inclusiva de actores intersectoriales (a nivel mundial, regional, nacional y local) en términos de principios y valores, así como en términos de visión y de objetivos compartidos que prioricen en los territorios y sus poblaciones. Ahora más que nunca es necesaria una sólida cooperación internacional con el fin de garan-

tizar que los países que poseen los medios para recuperarse de las crisis fortalezcan sus sistemas universales de salud y consigan alcanzar los ODS (5,135,136).

Por otra parte, es necesaria una serie de esfuerzos concertados para lograr una cobertura sanitaria universal y una financiación sostenible de los sistemas universales de salud, con el fin de mejorar nuestra respuesta a los desafíos de salud global. Como ha demostrado la pandemia del Covid-19, los sistemas de salud universales, integrales y sostenibles se adaptan y responden mejor a las situaciones críticas de salud pública que los que no lo son, que tratan la salud como un servicio privado y no como un bien común o un derecho humano básico (80,137–142).

Quizás la clave para una gobernanza mundial de la salud pase por un tipo de alianza estratégica entre las naciones e instituciones internacionales basada en la “*diplomacia sanitaria*” (1,143,144), mejorando nuestra respuesta contra las desigualdades en materia de salud y promoviendo la equidad en el campo de la salud global (145). La operacionalización de esta práctica diplomática requiere un arduo trabajo de integración de los principios de la salud global en las deliberaciones de política exterior, y por tanto en las negociaciones para crear una gobernanza mundial de la salud. Entre los ámbitos de principal interés para el campo de la salud global tenemos la seguridad, el comercio, el desarrollo, los bienes públicos mundiales, los derechos humanos y el razonamiento ético/moral, que han sido movilizados para promover el programa “*La Salud en Todas las Políticas*” (90,94).

Lo que está en juego aquí es la cuestión de cómo fortalecer los sistemas universales de salud mediante un desarrollo integral y sostenible de base amplia, aprovechando los éxitos y promoviendo las alianzas transdisciplinarias e intersectoriales especialmente beneficiosas, en las que se puedan crear sinergias entre los actores locales y globales, fomentar los “*híbridos estratégicos*” y mejorar el impacto de las intervenciones de salud global en los territorios y sus poblaciones (118, 119,125,146).

Conclusión: alianzas estratégicas, salud global y desarrollo sostenible

Los autores citados en este capítulo insisten en la necesidad de una visión renovada en el campo de la epidemiología y de la salud pública capaz de adaptarse a las numerosas transiciones desestabilizadoras de las sociedades contemporáneas. Desde el punto de vista de nuestra comprensión de los procesos en curso, cabe mencionar la necesidad de un enfoque holístico, sostenible y equitativo, necesario para el desarrollo de una gobernanza mundial de la salud, integrada en la visión y los propósitos de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (103). Estas iniciativas deben ir más allá del enfoque sanitario para lograr una comprensión de orden superior de los territorios como complejos sistemas transfronterizos, intersectoriales, transdisciplinarios y multiescalares, con la integración de múltiples actores, prioridades y soluciones (147). Una propuesta plausible para lograr estos fines sería la de combinar los principios de programas ya implantados al respecto por la OMS –, tales como “*Municipios y Comunidades Saludables*” (57,58,90,94), el “*Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo*” (9) o “*La Salud en Todas las Políticas*” – con los ODS de la Agenda 2030.

La integración de alianzas intersectoriales y multiescalares en la gobernanza de los sistemas universales de salud, haciendo énfasis las desigualdades sociales de salud permitiría abordar las prioridades sociosanitarias de los territorios y sus poblaciones, que varían considerablemente entre los países, entre regiones territoriales, entre distritos urbanos y rurales, y a lo largo de una línea temporal. Considerando los determinantes infraestructurales, políticos, económicos, ambientales y socioculturales a diferentes escalas, estas nuevas formas de alianza estratégica podrían dar lugar, por ejemplo, a pronósticos epidemiológicos y sanitarios regionales que proporcionen mensajes personalizados a las poblaciones prioritarias, intervenciones sanitarias integradas en el ámbito de comunidades y municipios, un acceso más equitativo a alimentos nutritivos y espacios verdes y una mayor atención a los bienes, espacios y eventos socioculturales que mejoran

la calidad de vida y el bienestar humano (5,8,111,134,135,147–149).

Finalmente, a guisa de conclusión, proponemos que el nuevo campo de la salud global se organice, en el marco de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, en forma de “*red transnacional de traducción de conocimientos*”, es decir, como un conjunto de actores intersectoriales y transdisciplinarios que traducen conocimientos diversos y aprenden unos de otros (66). Reconociendo el papel de vanguardia de la gestión del conocimiento, por sus efectos innovadores y transformadores, la formación de redes de traducción de conocimiento constituye una estrategia clave para el desarrollo de sistemas universales de salud integrados y sostenibles. Numerosos autores (68,119,125,126,146) sostienen que la organización conjunta y la interacción dinámica entre las redes de actores intersectoriales, actualiza los sistemas universales de salud como espacios híbridos innovadores de coproducción de conocimientos y de aprendizaje colectivo, capaces de adaptarse rápidamente a los cambios incesantes del entorno y permitiendo al mismo tiempo la elaboración conjunta, entre actores locales y globales, de respuestas eficaces a los desafíos socio-sanitarios actuales.

Referencias bibliográficas

1. Buss PM. De pandemias, desenvolvimiento e multilateralismo. Le Monde Diplomatique [Internet]. 2020 de Abril de [cited 2020 Apr 4]; Available from: <https://diplomatie.org.br/de-pandemias-desenvolvimento-e-multilateralismo/>
2. Kickbusch I. Global Health Governance Challenges 2016 – Are We Ready? Int J Health Policy Manag. 2016 Feb 29;5(6):349–53.
3. Marmot M, Bell R. The Sustainable Development Goals and Health Equity. Epidemiology. 2018;29(1):5–7.
4. Sachs JD. Epidemiology in the age of sustainable development. Int J Epidemiol. 2017 Feb 1;46(1):2–3.
5. Bekker L-G, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society—Lancet Commission. The Lancet. 2018 Jul 28;392(10144):312–58.
6. Soskolne CL, Butler CD, IJsselmuiden C, London L, von Schirnding

Y. Toward a Global Agenda for Research in Environmental Epidemiology. *Epidemiology*. 2007 Jan;18(1):162–166.

7. de Leeuw E. Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annual Review of Public Health*. 2017;38(1):329–49.

8. Baan C, Weger E de, Steenkamer B, Vooren N van, Lemmens L, Struijs J, et al. Towards a sustainable health system in the Netherlands: strategies to improve cross-sector collaboration and community engagement. *International Journal of Integrated Care*. 2018 Oct 23;18(s2):81.

9. Sachs JD, Schmidt-Traub G. Global Fund lessons for Sustainable Development Goals. *Science*. 2017 Apr 7;356(6333):32–3.

10. den Broeder L, Uiters E, ten Have W, Wagemakers A, Schuit AJ. Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature. *Environmental Impact Assessment Review*. 2017 Sep 1;66:33–42.

11. Meads GD, Griffiths FE, Goode SD, Iwami M. Lessons from local engagement in Latin American health systems. *HealthExpectations*. 2007 Dec 1;10(4):407–18.

12. Lalonde M. Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens [Rapport Lalonde]. Ottawa (Canada): Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; 1974.

13. World Health Organization. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, [Internet]. New York, NY, USA: World Health Organization; 1946 p. 18. Available from:

www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

14. Kawachi I. Why social epidemiology? *Australasian Epidemiologist*. 2000 Sep;7(3):5.

15. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiologic reviews*. 2000;22(1):155–163.

16. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2001 Oct 1;55(10):693–700.

17. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press; 2000. 414 p.

18. Cwikel JG. Social Epidemiology. In: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* [Internet]. American Cancer Society; 2014 [cited 2020 Mar 15]. p. 2166–72. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118410868.wbehibs2>

19. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social Epidemiology*. Oxford University Press; 2014. 641 p.
20. Muntaner C, Benach J, Hadden WC, Gimeno D, Benavides FG. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 2 Terms from the sociology of work and organisations. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006 Dec 1;60(12):1010–2.
21. Muntaner C, Borrell C, Ng E, Chung H, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, et al. Locating Politics in Social Epidemiology. In: O'Campo P, Dunn JR, editors. *Rethinking Social Epidemiology: Towards a Science of Change* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2012 [cited 2020 Mar 15]. p. 175–202. Available from: https://doi.org/10.1007/978-94-007-2138-8_9
22. Wallerstein NB, Yen IH, Syme SL. Integration of Social Epidemiology and Community-Engaged Interventions to Improve Health Equity. *Am J Public Health*. 2011 May 1;101(5):822–30.
23. Oakes JM. The (mis)estimation of neighborhood effects: causal inference for a practicable social epidemiology. *Social Science & Medicine*. 2004 May 1;58(10):1929–52.
24. Green L, Daniel M, Novick L. Partnerships and coalitions for community-based research. *Public Health Rep*. 2001;116(Suppl 1):20–31.
25. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*. 1998;19(1):173–202.
26. Minkler M. Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *J Urban Health*. 2005 Jun 1;82(2):ii3-ii12.
27. Minkler M, Wallerstein N. *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. John Wiley & Sons; 2011. 758 p.
28. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga Á, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *The Lancet*. 2006 Sep 16;368(9540):1033–7.
29. Navarro V. Politics and health: a neglected area of research. *Eur J Public Health*. 2008 Aug 1;18(4):354–5.
30. O'Campo P, Dunn JR, editors. *Rethinking Social Epidemiology: Towards a Science of Change* [Internet]. Springer Netherlands; 2012 [cited 2020 Jun 6]. Available from: <https://www.springer.com/gp/book/9789400721371>
31. von dem Knesebeck O. Concepts of social epidemiology in health services research. *BMC Health Services Research*. 2015 Sep 2;15(1):357.

32. Mújica OJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 Dec;38:433–41.
33. Lomas J. Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine*. 1998 Nov 1;47(9):1181–8.
34. Kawachi I. Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999;896(1):120–30.
35. Muntaner C, Lynch J, Smith GD. Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health*. 2000 Jun 1;10(2):107–24.
36. Navarro V. A Critique of Social Capital. *Int J Health Serv*. 2002 Jul 1;32(3):423–32.
37. Villalonga-Olives E, Wind TR, Kawachi I. Social capital interventions in public health: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2018 Sep 1;212:203–18.
38. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social Capital and Health. In: *Social Capital and Health* [Internet]. Springer, New York, NY; 2008 [cited 2018 Feb 23]. p. 1–26. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-71311-3_1
39. Lynch J, Due P, Muntaner C, Smith GD. Social capital - Is it a good investment strategy for public health? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2000 Jun 1;54(6):404–8.
40. Mohnen SM, Groenewegen PP, Völker B, Flap H. Neighborhood social capital and individual health. *Social Science & Medicine*. 2011 Mar 1;72(5):660–7.
41. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health*. 2017 May 1;71(5):513–7.
42. Muntaner C, Lynch J, Smith GD. Social Capital, Disorganized Communities, and the Third Way: Understanding the Retreat from Structural Inequalities in Epidemiology and Public Health. *Int J Health Serv*. 2001 Apr 1;31(2):213–37.
43. Navarro V. *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood Publishing Company, Inc.; 2004. 252 p.
44. Shiell A, Hawe P, Kavanagh S. Evidence suggests a need to rethink social capital and social capital interventions. *Social Science & Medicine*. 2018 Sep 8;111930.
45. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *So-*

- cial Science & Medicine. 2000 Sep 15;51(6):871–85.
46. Perry M, Williams RL, Wallerstein N, Waitzkin H. Social Capital and Health Care Experiences Among Low-Income Individuals. *Am J Public Health*. 2008 Feb 1;98(2):330–6.
 47. Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *J Urban Health*. 2002 Mar 1;79(1):S21–34.
 48. Subramanian SV, Lochner KA, Kawachi I. Neighborhood differences in social capital: a compositional artifact or a contextual construct? *Health & Place*. 2003 Mar 1;9(1):33–44.
 49. Bozorgmehr K. Rethinking the “global” in global health: a dialectic approach. *Globalization and Health*. 2010 Oct 28;6(1):19.
 50. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health*. 2006 Jan;96(1):62–72.
 51. Yach D, Bettcher D. The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *Am J Public Health*. 1998 May;88(5):738–741; discussion 742–744.
 52. Yach D, Bettcher D. The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *Am J Public Health*. 1998 May;88(5):735–44.
 53. Labonté R, Spiegel J. Setting global health research priorities: Burden of disease and inherently global health issues should both be considered. *BMJ*. 2003 Apr 5;326(7392):722–3.
 54. Labonté R. Commentary: global action on social determinants of health. *J Public Health Policy*. 2012 May;33(2):139–47.
 55. Hill PS. Understanding global health governance as a complex adaptive system. *Global Public Health*. 2011 Sep 1;6(6):593–605.
 56. Kickbusch I. Mapping the Future of Public Health: Action on Global Health. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*. 2006;97(1):6–8.
 57. Davies JK, Kelly M. *Healthy Cities: Research and Practice*. Routledge; 2014. 203 p.
 58. Northridge ME, Sclar ED, Biswas P. Sorting out the connections between the built environment and health: A conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *J Urban Health*. 2003 Dec 1;80(4):556–68.
 59. Kickbusch I. Global + local = glocal public health. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Aug;53(8):451–2.

60. Pinet G. Global partnerships: a key challenge and opportunity for implementation of international health law. *Med Law*. 2003;22(4):561–77.
61. Sanyal P. Capacity Building Through Partnership: Intermediary Non-governmental Organizations as Local and Global Actors. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2006 Mar 1;35(1):66–82.
62. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part I--A new development in health? *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):549–61.
63. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part II--What are the health issues for global governance? *Bull World Health Organ*. 2000;78(5):699–709.
64. Harmer A. Understanding change in global health policy: Ideas, discourse and networks. *Global Public Health*. 2011 Oct 1;6(7):703–18.
65. Kapilashrami A, O'Brien O. The Global Fund and the re-configuration and re-emergence of 'civil society': Widening or closing the democratic deficit? *Global Public Health*. 2012 May 1;7(5):437–51.
66. Suarez-Herrera JC, Blain M-J. *La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques*. Montréal (Québec, Canada): Cahiers scientifiques de l'ACFAS; 2012. 276 p.
67. Beaglehole R, Bonita R. Global public health: a scorecard. *The Lancet*. 2008 Dec 6;372(9654):1988–96.
68. Hanefeld J, Walt G. Knowledge and networks – key sources of power in global health. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Feb 5;4(2):119–21.
69. Natividad MDF, Fiereck KJ, Parker R. Knowledge networks for global public health. *Global Public Health*. 2012 Sep 1;7(sup1):S73–81.
70. Olesen T. Transnational Publics: New Spaces of Social Movement Activism and the Problem of Global Long-Sightedness. *Current Sociology*. 2005 May 1;53(3):419–40.
71. Sassen S. Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*. 2004 Jul 1;52(4):649–70.
72. Kickbusch I. Tackling the political determinants of global health. *BMJ*. 2005 Jul 30;331(7511):246–7.
73. Kickbusch I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Gac Sanit*. 2007 Aug;21:338–42.
74. Navarro V. What is a National Health Policy? *Int J Health Serv*. 2007 Jan 1;37(1):1–14.
75. Suarez-Herrera JC, Blain M-J, Bibeau G. Perspectives socio-anthropologiques innovatrices dans le champ de la recherche en santé mondiale. In: *Pour une nouvelle mondialisation Le défi d'innover*. Mon-

- tréal (Canada): Presses de l'Université du Québec; 2013. p. 65–83.
76. Suarez-Herrera JC. L'intégration organisationnelle de la participation : des enjeux locaux pour une santé publique globale [Internet] [Thèse de doctorat]. [Montréal (Canada)]: Université de Montréal; 2010 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4543>
77. Arshad Ali S, Baloch M, Ahmed N, Arshad Ali A, Iqbal A. The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)—An emerging global health threat. *Journal of Infection and Public Health*. 2020 Apr 1;13(4):644–6.
78. Blundell R, Dias MC, Joyce R, Xu X. COVID-19 and Inequalities*. *Fiscal Studies*. 2020;41(2):291–319.
79. Cénat JM, Dalexis RD, Kokou-Kpolou CK, Mukunzi JN, Rousseau C. Social inequalities and collateral damages of the COVID-19 pandemic: when basic needs challenge mental health care. *Int J Public Health*. 2020 Jul 1;65(6):717–8.
80. World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization; 2020.
81. Gostin LO, Mok EA. Grand challenges in global health governance. *Br Med Bull*. 2009;90:7–18.
82. Schrecker T, Labonté R, Vogli RD. Globalisation and health: the need for a global vision. *The Lancet*. 2008 Nov 8;372(9650):1670–6.
83. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration. *Global Health Action*. 2014 Dec 1;7(1):23611.
84. Kruk ME. Globalisation and global health governance: implications for public health. *Glob Public Health*. 2012;7 Suppl 1:S54–62.
85. Waitzkin H, Jasso-Aguilar R, Landwehr A, Mountain C. Global trade, public health, and health services: stakeholders' constructions of the key issues. *Soc Sci Med*. 2005 Sep;61(5):893–906.
86. Frenk J, Moon S. Governance Challenges in Global Health. *New England Journal of Medicine*. 2013 Mar 7;368(10):936–42.
87. Kickbusch I. Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. *Health Promot Int*. 2012 Dec 1;27(4):427–8.
88. Brown GW. Knowledge, politics and power in global health. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Jan 30;4(2):111–3.
89. Shiffman J. Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in

Global Health. *International journal of health policy and management*. 2014 Nov 1;3:297–9.

90. Labonté R. Health in All (Foreign) Policy: challenges in achieving coherence. *Health Promot Int*. 2014 Jun;29 Suppl 1:i48–58.

91. Labonté R, Mohindra K, Schrecker T. The growing impact of globalization for health and public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:263–83.

92. Gill S, Benatar S. Global Health Governance and Global Power: A Critical Commentary on the Lancet-University of Oslo Commission Report. *Int J Health Serv*. 2016;46(2):346–65.

93. Gill S, Benatar SR. History, Structure and Agency in Global Health Governance. *Int J Health Policy Manag*. 2016 Aug 29;6(4):237–41.

94. McQueen DV. Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences (2012) [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 30]. Available from:

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences-2012>

95. Charron DF. Ecosystem Approaches to Health for a Global Sustainability Agenda. *EcoHealth*. 2012 Sep 1;9(3):256–66.

96. Heuer M. Ecosystem cross-sector collaboration: conceptualizing an adaptive approach to sustainability governance. *Business Strategy and the Environment*. 2011;20(4):211–21.

97. World Health Organization. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2016. 131 p.

98. World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promot Int*. 2017 Feb 1;32(1):7–8.

99. Hawkes S, Buse K. Searching for the Right to Health in the Sustainable Development Agenda; Comment on “Rights Language in the Sustainable Development Agenda: Has Right to Health Discourse and Norms Shaped Health Goals?” *International Journal of Health Policy and Management*. 2016 May 1;5(5):337–9.

100. Sachs JD. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *The Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832):2206–11.

101. Gostin LO, Sridhar D, Hougendobler D. The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*. 2015 Jul;129(7):854–63.

102. Dye C. Expanded health systems for sustainable development. *Science*. 2018 Mar 23;359(6382):1337–9.
103. Van de Pas R, Hill PS, Hammonds R, Ooms G, Forman L, Waris A, et al. Global health governance in the sustainable development goals: Is it grounded in the right to health? *Global Chall*. 2017 Jan;1(1):47–60.
104. Ooms G, Hammonds R. Global constitutionalism, applied to global health governance: uncovering legitimacy deficits and suggesting remedies. *Global Health*. 2016 Dec 3;12(1):84.
105. Blomstedt Y, Bhutta ZA, Dahlstrand J, Friberg P, Gostin LO, Nilsson M, et al. Partnerships for child health: capitalising on links between the sustainable development goals. *BMJ* [Internet]. 2018 Jan 23 [cited 2020 Mar 15];360. Available from: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k125>
106. Colaner N, Imanaka JL, Prussia GE. Dialogic Collaboration across Sectors: Partnering for Sustainability. *Business and Society Review*. 2018;123(3):529–64.
107. de Montigny JG, Desjardins S, Bouchard L. The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Glob Health Promot*. 2017 Aug 14;1757975917714036.
108. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Globalization and Health*. 2015 Mar 21;11(1):13.
109. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger J-P, da-Silva MRF, De Paepe P, Vázquez M-L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015 Jul 1;30(6):705–17.
110. Bteich M, Miranda E da S, Khoury CE, Gautier L, Lacouture A, Yankoty LI. A proposed core model of the new public health for a healthier collectivity: how to sustain transdisciplinary and intersectoral partnerships. *Critical Public Health*. 2019 Mar 15;29(2):241–56.
111. Holland DE, Vanderboom CE, Harder TM. Fostering Cross-Sector Partnerships: Lessons Learned From a Community Care Team. *Professional Case Management*. 2019 Apr;24(2):66.
112. Moon MJ. Fighting COVID-19 with Agility, Transparency, and Participation: Wicked Policy Problems and New Governance Challenges. *Public Administration Review*. 2020;80(4):651–6.
113. Towe VL, Leviton L, Chandra A, Sloan JC, Tait M, Orleans T. Cross-Sector Collaborations And Partnerships: Essential Ingredients To Help Shape Health And Well-Being. *Health Aff*. 2016 Jan 11;35(11):1964–9.

114. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [Internet]. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012 [cited 2017 Jun 29] p. 107. (Public Health Panorama). Available from:<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century>
115. Herdiana H, Sari JFK, Whittaker M. Intersectoral collaboration for the prevention and control of vector borne diseases to support the implementation of a global strategy: A systematic review. PLOS ONE. 2018 Oct 10;13(10):e0204659.
116. Bergeron DA, Talbot LR, Gaboury I. Realist evaluation of intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural Andean communities: a research protocol. BMJ Open [Internet]. 2017 Feb 24[cited 2017 Aug 30];7(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5337730/>
117. Muir JA, Farley J, Osterman A, Hawes SE, Martin K, Morrison JS, et al. Global health partnerships: Are they working? Science Translational Medicine. 2016 Apr 13;8(334):334ed4-334ed4.
118. Shiffman J, Schmitz HP, Berlan D, Smith SL, Quissell K, Gneiting U, et al. The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. Health Policy Plan. 2016 Apr;31 Suppl 1:i110-123.
119. Iedema R, Verma R, Wutzke S, Lyons N, McCaughan B. A network of networks: The governance of deliberative approaches to healthcare improvement and reform. J of Health Org and Mgt. 2017 Apr 10;31(2):223–36.
120. Javanparast S, Baum F, Freeman T, Labonte R, Ziersch AM, Kidd MR, et al. Lessons from Medicare Locals for Primary Health Networks. The Medical Journal of Australia. 2017 Jul 17;207(2):54–5.
121. Billis D, Rochester C. Handbook on Hybrid Organisations. Edward Elgar Publishing; 2020. 574 p.
122. Bresnen M, Hodgson DE, Bailey S, Hyde P. Mobilizing management knowledge in healthcare: managerial hybridity and knowledge epistemes. Proceedings. 2018 Jul 9;2018(1):16470.
123. Furnival J, Walshe K, Boaden R. Emerging hybridity: comparing UK healthcare regulatory arrangements. Journal of Health Organization and Management [Internet]. 2017 Jun 19 [cited 2020 Oct 28]; Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-06-2016-0109/full/html>
124. Powell M, Castelli M. “Strange animals”: hybrid organisations in

health care. *Journal of Health Organization and Management* [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2020 Oct 28]; Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-04-2017-0068/full/html>

125. Kritz J. Effective cross-sector collaborations create sustainability. *The Lancet Global Health*. 2018 Sep 1;6(9):e952–3.

126. Shiffman J. Four Challenges That Global Health Networks Face. *Int J Health Policy Manag*. 2017 Feb 8;6(4):183–9.

127. Bispo Júnior JP, Morais MB. Community participation in the fight against COVID-19: between utilitarianism and social justice. *Cad Saúde Pública*. 2020 Aug 3;36:e00151620.

128. Gibbons MC, Illangasekare SL, Smith E, Kub J. A Community Health Initiative: Evaluation and Early Lessons Learned. *Prog Community Health Partnersh*. 2016;10(1):89–101.

129. Smith J, Buse K, Gordon C. Civil society: the catalyst for ensuring health in the age of sustainable development. *Global Health*. 2016 Jul 16;12(1):40.

130. Dye C, Reeder JC, Terry RF. Research for Universal Health Coverage. *Science Translational Medicine*. 2013 Aug 21;5(199):199ed13–199ed13.

131. Pablos-Mendez A, Cavanaugh K, Ly C. The New Era of Health Goals: Universal Health Coverage as a Pathway to the Sustainable Development Goals. *Health Systems & Reform*. 2016 Jan 2;2(1):15–7.

132. Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med*. 2015 Apr 29;13(1):101.

133. World Health Organization. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): World Health Organization; 2020 p. 30. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

134. Zhang Z, Shen Y, Yu J. Combating COVID-19 Together: China's Collaborative Response and the Role of Business Associations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2020 Oct 13;0899764020964591.

135. Hardin L, Trumbo S, Wiest D. Cross-sector collaboration for vulnerable populations reduces utilization and strengthens community partnerships. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2020 Mar 1;18:100291.

136. Paul E, Brown GW, Ridde V. COVID-19: time for paradigm shift in

the nexus between local, national and global health. *BMJ Global Health*. 2020 Apr 1;5(4):e002622.

137. Gerard F, Imbert C, Orkin K. Social protection response to the COVID-19 crisis: options for developing countries. *Oxf Rev Econ Policy*. 2020 Sep 28;36(Supplement_1):S281–96.

138. Khongsai L, Anal TSSC, A.S. R, Kh. TS, Shah MK, Pandey D. Combating the Spread of COVID-19 Through Community Participation. *Glob Soc Welf* [Internet]. 2020 Jul 21 [cited 2020 Oct 19]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s40609-020-00174-4>

139. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*. 2020 May 1;5(5):e251–2.

140. Park S, Choi GJ, Ko H. Information Technology–Based Tracing Strategy in Response to COVID-19 in South Korea—Privacy Controversies. *JAMA*. 2020 Jun 2;323(21):2129.

141. Seddighi H, Seddighi S, Salmani I, Sedeh MS. Public-Private-People Partnerships (4P) for Improving the Response to COVID-19 in Iran. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2020;1–6.

142. Wang CJ, Ng CY, Brook RH. Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. *JAMA*. 2020 Apr 14;323(14):1341.

143. Buss PM, Faid M. Power Shifts in Global Health Diplomacy and New Models of Development: South–South Cooperation. *Global Health Diplomacy*. 2012 Nov 7;305–22.

144. Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, Runnels V, Gagnon M. Global health diplomacy: A critical review of the literature. *Soc Sci Med*. 2016 Apr;155:61–72.

145. Rubbini M. Global Health Diplomacy: Between Global Society and Neo-Colonialism: The Role and Meaning of “Ethical Lens” in Performing the Six Leadership Priorities. *J Epidemiol Glob Health*. 2018;8(3–4):110–4.

146. Hoy AQ. Global health shifts to local experts with global partners. *Science*. 2018 May 25;360(6391):868–9.

147. Ramaswami A, Russell AG, Culligan PJ, Sharma KR, Kumar E. Meta-principles for developing smart, sustainable, and healthy cities. *Science*. 2016 May 20;352(6288):940–3.

148. Duberman T, Wilkins J. From Competition to Collaboration: What it

Takes to Lead Across the Converging Healthcare Ecosystem - Lessons from the Field. College of Population Health Forum [Internet]. 2019 Feb 6; Available from: <https://jdc.jefferson.edu/hpforum/128>

149. Rasanathan K, Bennett S, Atkins V, Beschel R, Carrasquilla G, Charles J, et al. Governing multisectoral action for health in low- and middle-income countries. *PLOS Medicine*. 2017 Apr 25;14(4):e1002285.

CAPÍTULO VIII

La desigualdad social y su atribución en la salud

La interseccionalidad como alternativa analítica

EDGAR ULISES OSORIO GUZMÁN
ANA MARÍA GONZÁLEZ-VILLORIA

Resumen

Mientras que la mayor parte de los estudios de salud pública analiza y explica las enfermedades desde el plano biomédico, las disciplinas sociales introducen en la ecuación interpretativa de la salud, elementos dispares, pero igualmente concurrentes. La salud -entendida como producto social-, pone de manifiesto problemáticas teórico-empíricas que distan de ser triviales o accesorias.

La asequibilidad a los servicios de salud, las condiciones de vida y el padecimiento de algunas enfermedades, están estrechamente condicionados a la posición que ocupan los sujetos en la pirámide social. Por ello, resulta indispensable reparar en la repercusión del lugar ocupado de los sujetos en el ordenamiento social, como elemento contribuyente y condicionante de la salud.

La desigualdad social no es una condición natural, sino la consecuencia de un diseño político deliberado. La incorporación de categorías sociales al análisis de la salud permite evidenciar circunstancias re/productoras de una discriminación sistémica; una política orientada por el descarte social sobre amplios sectores de la población. En ella, la susceptibilidad a ciertas enfermedades, los medios para afrontarlas y la mortandad consecuente, parecieran ser situaciones premeditadas de un sistema económico clasista y no una fatalidad biológica aleatoria.

Por ello, es impostergable restituir al estudio de la salud su trascendente atribución social. Proponer planteamientos teóricos en

este sentido, implica intentar resignificar a la salud por su configuración factorial múltiple y concurrente. La interseccionalidad puede darnos algunas respuestas sobre el rezago de este derecho humano.

Palabras clave: interseccionalidad, desigualdad, multidisciplinariedad, ordenamiento social.

Introducción

La salud es una temática contemplada en más de la mitad de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) plasmados en la agenda de las Naciones Unidas para el año 2030 (1). Entre los retos contemplados en dicha agenda con respecto a la salud, está el acceso universal a los servicios de salud esenciales con calidad, el acceso a los medicamentos, la garantía a una vida sana y la promoción del bienestar para todos. Sin embargo, dichos objetivos parecen inasequibles para América Latina si no se atienden juntamente con la profunda desigualdad social, la lacerante injusticia selectiva, la descomposición estructural de las instituciones públicas y la insensata mercantilización de toda actividad humana, justificados y promovidos por el vigente modelo neoliberal a nivel global. Ante estas circunstancias, debemos asimilar los ODS como un sumario de preocupantes tareas pendientes en la historia de nuestros pueblos.

Desde la perspectiva en que fueron propuestos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la salud de la población se advierte como una temática central y transversal que sobrepasa a cualquier disciplina que se asuma suficiente y autónoma para solventar los desafíos que la salud implica. Un reto de esta magnitud requiere de la participación de diferentes disciplinas, pero con perspectivas articuladas e integrales, para lograr o al menos intentar, un avance aceptable en cuanto al desarrollo sostenible, equitativo y extendido que se pretende.

Pero el concepto de salud es abstracto y conlleva una relatividad en su significación, una forma de flexibilidad semántica que causa complicaciones al momento de tratar temas relacionados con la salud humana (2, 3). En el presente trabajo, la abordaremos a par-

tir de una apreciación social como condición al riesgo de padecer, tratar y capacidad de recuperación de afecciones generadas preponderantemente por circunstancias económicas, políticas y sociales, subordinantes de la situación física de los sujetos, y no como causas meramente biológicas.

La rigidez conceptual de la salud en la que ocasiones se incurre alienta la invisibilidad a considerar factores no fisiológicos en el estudio de las diversas problemáticas que abarca la salud humana. Por este motivo, es necesario disociar conceptualmente a la salud con la biología para poder advertir, distinguir y considerar factores no biológicos, pero igualmente concurrentes en la salud de las personas (3). Para avizorar el alcance de su configuración, se requiere apoyarse de conceptos y categorías sociales para tener en cuenta y evidenciar de una manera más integral, el origen y reproducción de numerosas afecciones que padece la comunidad.

Las personas no viven aisladas, no son entidades autónomas, independientes; son sujetos relacionales forjados por sus condiciones históricas, económicas, culturales, raciales, de género entre muchas más. Por lo cual, su cuerpo no es sólo fisicidad, representa el espacio donde se materializa una historia, una historia en particular, la de las circunstancias y condiciones de su propia clase. Desde esta perspectiva entonces, no es muy acertado hablar de individuos, sino de sujetos construidos, delimitados y subordinados por específicas relaciones histórico-sociales que son ajenas a la voluntad individual (4, 5).

Por esta razón, la salud debe ser concebida más que una mera condición bioquímica como el resultado de una simultaneidad de circunstancias sociales, intrincadas y manifestadas sobre cuerpos concretos. Por lo tanto, padecer, resistir y recuperarse de algunas enfermedades están directamente vinculadas a la condición circunstancial de los sujetos, acotadas a estructuras sistémicas de poder; y, por ende, de exclusión social.

Debemos considerar que ciertas enfermedades, lejos de ser connaturales o “hereditarias”, están estrechamente relacionadas -y muy probablemente ocasionadas- por un modelo socioeconómico fundado en una dominación secular y discriminación social selectiva

que condiciona y perpetúa situaciones propiciadoras para el padecimiento de ciertas enfermedades (6).

Por esta razón, es necesario rediseñar y articular los modelos analíticos con los cuales vemos y explicamos la salud pública, para comprender la amplitud y dimensión de los numerosos factores biológicos, médicos, sociales, económicos y hasta culturales, que participan e inciden sobre cuerpos diferenciados socialmente. En este sentido, la teoría interseccional representa una oportunidad para descubrir, señalar y evidenciar elementos subyacentes de diferente índole y que concurren en el estado físico de la población.

La interseccionalidad tiene la cualidad de mostrar la complejidad y dinamismo en que se tejen las realidades sociales y las configuraciones en las que, tanto los sujetos como las comunidades, se constituyen (7). Bajo este enfoque, es posible concebir y diseñar indicadores con capacidad de abordar de manera dinámica dos aspectos fundamentales y copartícipes en la salud de los sujetos: la participación variable y multidimensional de las desigualdades sociales, así como el carácter heterogéneo y específico de las comunidades donde viven.

Con el diseño de indicadores interseccionales (concurrentes, dinámicos y variables), se pueden construir los fundamentos teóricos para un modelo de proyección de susceptibilidad social a ciertas enfermedades en contextos específicos. Lo que nos permitiría dar un paso más allá de la interpretación biomédica con respecto a algunas enfermedades comunes que padece nuestra sociedad.

Salud y condición social

En las últimas cuatro décadas, en México se han venido implementado políticas públicas orientadas por una tendencia global de adelgazamiento del Estado y sus funciones, significando la privatización de numerosos sectores productivos y de servicios; con la premisa de optimizar el uso de los recursos financieros públicos, se han cedido a la iniciativa privada, aquellas funciones “no esenciales” para un gobierno de tendencia neoliberal (8).

A pesar de esta tendencia mundial tecnocrática y economicis-

ta, el Estado mexicano ha conservado bajo su tutela -hasta ahora-, una buena parte de los servicios de salud, a través de las diferentes instituciones de seguridad social (9). Sin embargo, la reducción de las prestaciones en este rubro a cargo del Estado se mantiene como parte esencial de las políticas de reestructuración y austeridad gubernamental.

A pesar de la creciente inversión financiera en el sector salud en los últimas dos décadas, persisten tareas pendientes en materia de salud pública como el incremento de inyección de recursos acorde al aumento de la población asegurada, la revisión y optimización de la distribución de recursos entre poblaciones y estados para reducir la inequidad en el subsidio federal; sin embargo, a pesar del incremento de inversión pública en este sector, persisten aplazamientos perentorios que deben ser atendidos urgentemente, tal es el caso de la vigilancia y capacidad de respuesta del sistema de salud a situaciones emergentes y contingencias de salud pública, así como la promoción proactiva de la salud y prevención de las enfermedades, como también aumentar y orientar la oferta de servicios a zonas marginadas que puedan coadyuvar a una integración urgente del sistema mexicano de salud. Dichas medidas desplegadas de manera conjunta y coordinada son indispensables para lograr la anhelada universalización del derecho a la preservación de la salud -como lo pretenden las ODS-, transformando estas iniciativas de salud pública en ejes fundamentales de un proceso amplio de democratización del país.

Pero las nociones de salud pública exhiben serias complicaciones epistémicas, derivadas en su mayoría, de una noción básicamente biomédica sobre lo que entendemos como salud. La idea de salud pública no es equivalente desde la economía con la que existe en la ciencia política, antropología o la medicina. Pero la mayoría de las investigaciones realizadas en torno a la salud pública no ofrecen conceptos y categorías que puedan tender un puente entre la idea biomédica de salud y la génesis social de ésta, provocando que la noción de salud pública a menudo se ancle a una serie de circularidades conceptuales en perspectivas limitantes.

Pero su maleabilidad semántica no debe traducirse en un reduccionismo analítico, sino en una capacidad significativa amplia, inclusiva y moldeable. Y una manera de superar esta situación es asumiendo a la salud no sólo como un estado fisiológico individual; sino también, como el resultado de una trama social surgida de condiciones específicas, dinámicas y multidimensionales. Nos referimos a una relación social dinámica identificada como salud. Desde esta perspectiva, la salud adquiere una acepción de relaciones de poder, con historia y en constante construcción.

A través del análisis social debemos sopesar la atribución política, económica y cultural de la salud, el desciframiento de la incidencia desigual de algunos factores estructurales sobre específicos sectores sociales para su probabilidad mayor o menor en contraer ciertas afecciones, así como también en su capacidad y probabilidad de tratarlas y superarlas en comparación con otros grupos sociales (7). Esto implica que, la susceptibilidad a contraer o capacidad de reestablecerse de ciertos agentes patógenos experimente una transformación conceptual. Es decir, pase de una objetivación bioquímica a una significación social.

A través de los sujetos, la salud poblacional proyecta su factualidad procesual, una dimensión temporal y circunstancial. Lo cual significa que, la salud pública arrastra la historicidad de los sujetos y su entorno. No se debe excluir el hecho de que, en América Latina, la salud poblacional está vinculada, más de lo que se podría suponer, a una herencia postcolonial que ha llegado hasta nuestros días, con un trasfondo estructural verticalizado e inmovible, propio de una sociedad profundamente jerárquica y selectiva.

La posibilidad de atención médica, la asequibilidad a medicamentos, la capacidad de recuperación, así como el impacto diferenciado de las enfermedades en sectores específicos de la sociedad, lleva implícitos razonamientos culturales discriminatorios en consonancia a una lógica de distinción social, fundada en concepciones de raza, rasgos fenotípicos, posición socioeconómica, género y hasta al azar o destino. Fundamentos de una racionalidad jerárquica normalizada y encarnada.

Pero la salud de la población es producto de complejas relaciones sociales que, ponen de manifiesto problemáticas de poder, exclusión, modernidad, tradición, acceso/privación de oportunidades, complicidades políticas e intereses económicos, toda una amalgama factorial para una discriminación institucionalizada (10). Circunstancias que llevan a presumir que, ciertas enfermedades comunes en algunos sectores de la población son producidas y reproducidas por el propio sistema social.

El ejercicio vertical del poder genera y faculta mecanismos de marginación que, permiten el acceso selectivo a servicios públicos y a una amplia inequidad en derechos y oportunidades en numerosas esferas de la vida, originando precariedad en la salud de la comunidad.

Es así como la incertidumbre y limitaciones que padecen algunos sectores de la población -un daño colateral de la sociedad moderna-, es percibida como inevitable, una forma de destino ineludible. La población de los sectores menos favorecidos se convierte -de este modo-, en candidata natural para el sacrificio requerido por modelos políticos y económicos prometedores de una modernidad y desarrollo, aunque en realidad estas sean alcanzables únicamente para algunos cuantos (11). Mientras tanto, la salud de los sujetos descartables dentro de este tipo de lógica de marginación social pierde valor y significado, especialmente para el principal garante de la salud poblacional, el Estado, aunque en el discurso de su clase política se mantenga constante.

Como se puede suponer, la marginación social tiene escenarios predilectos para su materialización. La salud pública es uno de estos escenarios donde se expone con mayor claridad la exclusión o descarto social, bajo la forma de deficiencia e insuficiencia en la atención médica, dificultad para la adquisición de medicamentos, prosecución de los tratamientos y una consecuente mortalidad en afecciones evitables. Esta vulnerabilidad experimentada sólo por una parte de la población encierra una marginación selectiva, propia de una sociedad orientada por principios mercantilistas y de utilidad.

Ante esta lógica social, el Estado -como autor y regulador de

políticas públicas de salud- se muestra indolente e indiferente de una profunda y extensa desigualdad social. El ejercicio de poder por parte de élites políticas y económicas reproduce una gravosa marginación selectiva, sobre el acceso limitado y distribución restringida de derechos y oportunidades; la cual, a su vez, genera condiciones precarias de salud comunitaria bajo forma de daño colateral deliberado. Indígenas, pobres, mujeres, ancianos, desempleados, discapacitados, se convierten en candidatos naturales para la privación social; sujetos descartables en la escala de selectividad social de un Estado orientado por principios de consumo y utilidades económicas (11).

Pero la marginación inscrita en la práctica social tiene un marco legal que la legitima y ratifica. No es una revelación confidencial decir que el cuerpo jurídico de una sociedad se confecciona a la medida de los privilegios de una minoría. Para el modelo de gobierno neoliberal, la salud se entiende como un tema más a reglamentar y condicionar que, un derecho fundamental como la plantean los ODS. En un sistema capitalista, las leyes en temas de salud tienen dedicatoria, están orientadas a los miembros excedentes del sistema, para los renegados; a quienes de “manera legal” se les niegan derechos básicos -como la salud-, así como su derecho a la integración, perdiendo cualquier utilidad social. La atribución de “inactividad” sobre algunos, representa amenaza a la productividad, al desarrollo y modernidad; por lo tanto, se valida el descarto, la marginación sistemática de aquellos que no logran integrarse y están “de más” para una sociedad moderna. El poder simbólico de la marginación social de la población ubicada en la base de la pirámide de la jerarquía social, suscita un impacto significativo en ella, provocando una espiral de problemáticas subsecuentes (12).

Diseñar políticas públicas en términos de utilidad-beneficio para el capital económico, conlleva la intención de reducir al máximo la obligación del Estado de garantizar la salud de sus ciudadanos -y menos de aquellos considerados excedentes-, con el objetivo de provocar mayor beneficio al sistema económico. De este modo, la población excedente se convierte sacrificable, desechable. El diseño y dirección de estas políticas públicas de salud se convierten en ins-

trumentos discriminatorios y hostigadores. Emanan la idea de que, no todos los ciudadanos tienen el mismo derecho a tener derechos; negando a una buena parte de la población el derecho humano a preservar la propia salud. De este modo, la política se convierte en una cuestión de vida o muerte, textualmente. Las políticas públicas de salud en un sistema neoliberal provocan millones de muertes sobre las que existe una responsabilidad política, una complicidad deliberada por los deberes ignorados del Estado.

Causalmente, son los privilegiados dentro del sistema quienes diseñan y aplican las políticas, pero curiosamente estas políticas tienen muy poco impacto en sus vidas. Para los privilegiados las políticas de salud son una "cuestión estética, una manera de ver el mundo", Pero para el resto de la jerarquía social asumen una dimensión de vida o muerte (13). Para aquellos que están en la parte superior de la jerarquía social -los que no son identificados como excedentes-, las políticas públicas de salud no se transforman en vulnerabilidad en su salud. Para ellos, las políticas públicas de salud no alteran sus estilos de vida. El fracaso, ineficacia o condicionamiento de éstas no impacta en su existencia cotidiana ni cambia sus posibilidades de muerte. En este sentido, no es ocioso recalcar que, el Estado tiene una responsabilidad central, y no parcial ni marginal en la salud de su población. La mortalidad frente a enfermedades evitables provocadas por las condiciones sociales debería considerarse homicidio complaciente de los no privilegiados.

Ante esta realidad factual, es imperioso considerar el papel dinámico y la incidencia de los factores que infligen indudablemente en la salud de los sujetos, pues estos revelan peculiaridades conformadoras de una comunidad.

Es indispensable complementar los enfoques biomédicos con estudios sociales de carácter interseccional, para elaborar una visión amplia y articulada de las causas de la salud con las condiciones de vida de los sujetos; con la intención de buscar una mayor efectividad de las intervenciones gubernamentales en temas de salud pública.

Resulta pertinente entonces, averiguar si en nuestras comuni-

dades con múltiples particularidades constitutivas y circunstanciales, las medidas institucionales -inspiradas en modelos de optimización económica, perspectivas biomédicas y recomendaciones genéricas- son compatibles, aptas y suficientes para preservar y mejorar la salud de la población..., incluidos aquellos sectores considerados prescindibles y sacrificables.

A partir de las experiencias de diversas disciplinas dedicadas al estudio social de la salud, como la antropología, la sociología, la psicología, la etnología; organizaciones internacionales como la Organización Mundial para la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Médicos Sin Fronteras, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Internacional para las Migraciones, se recomienda que las intervenciones dirigidas al cambio de comportamiento ante la salud/enfermedad deben provenir de estudios y propuestas multidisciplinarias, sostenibles y en consonancia a los contextos específicos de las comunidades a tratar (14). Se ha demostrado que las intervenciones con mejores resultados, en cuanto a prácticas y cambio de comportamiento sobre salud/enfermedad, son aquellas concebidas por estudios transdisciplinarios que integran los objetivos biomédicos de las intervenciones con referencias sociales y culturales de la población, y no únicamente con información técnica especializada y advertencias comportamentales (15).

Sin embargo, los estudios registrados con carácter social en asuntos de salud comunitaria, en su mayoría se han limitado a la aplicación de cuestionarios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), con el objetivo de identificar comportamientos individuales de médicos, consumidores y farmacéuticos (16-18); pero no se han preocupado en descifrar cómo es que estos comportamientos están circunscritos y determinados por condiciones que van más allá del individuo, el cual es concebido únicamente como paciente. Y esto se origina, en gran medida, a que se parte de una premisa somera e inexacta que considera a las personas como entes individuales, autónomos y autodeterminantes; cuando en realidad, es todo lo contra-

rio.

En algunos países se comienza a mostrar el interés por analizar cómo es que la biología, la cultura de consumo, el acceso diferenciado a los servicios de salud y la regulación adquisitiva a los antimicrobianos han repercutido en la biología de la resistencia bacteriana (19). Iniciativas prometedoras, pero todavía carentes de una visión holística y estructural de la salud y las enfermedades, condición que les impide observar y analizar de manera articulada una problemática concreta a las subyacentes y dinámicas condiciones sociales y culturales de la población.

Se ha observado que, cuando se dirige una intervención a la población para prevenir o disminuir la incidencia de una enfermedad, las medidas interpuestas ofrecen en la mayoría de las veces información general y homogénea, con el mensaje tácito de que “la ciencia y la medicina son el camino para recobrar la salud”; (20) relegando a segundo plano, factores estructurales, subestimando su incidencia en el estado físico de las personas. Esta situación, es una consecuencia de las serias limitaciones conceptuales y metodológicas prevalecientes en el análisis global de la salud. Por lo tanto, probar cambiar el estado actual de la salud de la comunidad, mediante información técnica, cambios legislativos y realización de infraestructura médica, no es la forma más acertada ni eficaz. Como prueba de esto, tenemos a la mano, innumerables ejemplos de fracaso de políticas públicas de salud; no obstante, la notable inversión financiera requerida.

La salud desde un enfoque interseccional

El papel que desempeña la inequidad social en concordancia con la desigual distribución de la riqueza, limitado desarrollo humano, heterogeneidad de sistemas de creencias y el estado de salud no es menor ni eventual; sino todo lo contrario, son factores significativos, activos y determinantes que deben ser incorporados en el análisis de la salud para pretender acercarnos a los ODS establecidos en la agenda de la Organización de las Naciones Unidas para el 2030.

Los estudios sobre prevención, incidencia, tratamiento de algunas enfermedades, así como la recuperación de la salud con enfoques biomédicos, parecen ser insuficientes para tratar y enmendar un problema tan complejo como este. Por lo tanto, considerar la articulación de la investigación científica multidisciplinaria -a partir de una problemática concreta-, posibilita plantearse la integración de paradigmas tradicionalmente disociados. El falso desacuerdo entre las ciencias biológicas y las sociales puede superarse a partir del ejercicio interparadigmático, el cual puede generar resultados epistemológicos de avance en el estudio de la salud pública.

El apoyo teórico conceptual social a cuestionamientos biológicos parece ser una fórmula para producir cambios epistemológicos importantes, tanto en las ciencias naturales, como en las ciencias sociales (21). La intercomunicación epistémica entre ambos campos, a partir de paradigmas convergentes, puede eliminar la ficticia autosuficiencia disciplinaria.

Ante el desafío que significa buscar acercamientos interparadigmáticos, es necesario plantear propuestas teórico-metodológicas aplicadas a la salud pública. Es decir, concebir y explicar las temáticas de salud con una perspectiva social, pero bajo un enfoque interseccional, puede permitirnos vincular de manera variable, dinámica y cambiante estudios biológicos con las condiciones sociales de las comunidades.

Un análisis transdisciplinario amplio tendría la capacidad de ver más allá de la búsqueda e identificación de microorganismos y sus genes de resistencia, o la búsqueda incesante del gen responsable de determinada enfermedad, sus expresiones y secuelas en los cuerpos de los sujetos y tratamientos adecuados para superar las afecciones. Un análisis transdisciplinario tendría la facultad de indagar sobre los factores estructurales que participan e influyen de manera diferenciada en las prácticas de salud, como también el uso desmedido de medicamentos innecesarios en la comunidad. Cierto que las enfermedades son un asunto biológico, pero no se puede negar el profundo carácter social que envuelven; por lo que, se requiere comprender a la salud y las enfermedades en relación con las cir-

cunstances sociales, económicas y políticas en las que nacen, viven y consecuentemente mueren los sujetos.

Se requiere averiguar y articular la trascendencia del aspecto socio estructural de una problemática de salud, con el objeto de poder significarla como resultado de la interacción dinámica de elementos tanto biológicos como sociales. Paso esencial e indispensable en el estudio de la salud pública para posibilitar una nueva forma de pensar y abordar los problemas que le atañen. No se trata sólo de incorporar un indicador más a la larga lista de indicadores en salud, muchos de los cuales terminan por diluirse o volverse obsoletos ante la diversidad de realidades en la población.

En la medida que la salud supera su conceptualización abstracta, acentúa cada vez más su acepción social, procesual, dinámica y multidimensional reclamando una reformulación conceptual a partir de un análisis transdisciplinario. Provocando de este modo, el estudio multidisciplinario pero sincrónico del estado físico de los sujetos para generar panoramas convergentes en torno a la noción de salud (22). Al complejizar las causas de la salud/enfermedad, se vincularán inevitablemente, múltiples disciplinas en torno al estudio de la salud pública.

A partir de esta necesidad de revisión significativa de la salud, la interseccionalidad se propone como un marco teórico-metodológico eficaz para la sensibilización epistémica de los estudios de temas de salud, respecto a la trascendencia de los procesos de estratificación social y diferenciación selectiva que inciden en la posibilidad de conservar el estado saludable o capacidad de recuperarla para ciertos sectores de la sociedad. Posicionándose como un referente teórico fundamental en los debates contemporáneos de análisis social, por su cualidad interdisciplinaria y su prometedora aplicabilidad a varios propósitos (23). La perspectiva interseccional “puede servir para tomar en cuenta cómo las respectivas constelaciones [configuraciones estructurales] difieren de una localidad a otra y de un contexto a otro” (10), descubriéndose viable para desarrollar métodos cuantitativos de medición.

Sin embargo, esta posibilidad plantea un reto metodológico

importante, pues el sujeto de análisis se concibe constituido en múltiples dimensiones (24). Esta situación conlleva a un esfuerzo indagatorio; es decir, significa la transferencia metodológica de varias disciplinas frente a un mismo objeto de estudio (la salud/enfermedad) para capturar la particularidad, la dinamicidad y multidimensionalidad de los factores que participan de manera simultánea y lo constituyen.

La interseccionalidad significa una complejidad intercategorial, en cuanto observa las relaciones asimétricas y variables -entre diferente grupos sociales- como foco de análisis (25). A partir del uso de categorías sociales en temáticas de salud, la interseccionalidad nos puede permitir dar cuenta de la naturaleza de las relaciones de desigualdad, marginación, vulnerabilidad que experimenta la comunidad y los sujetos, y la forma de cómo estas circunstancias (relaciones sociales) influyen en el estado fisiológico de las personas en el curso del tiempo.

Con indicadores operados interseccionalmente sobre el acceso a servicios médicos, asequibilidad a medicamentos, características de desarrollo de las comunidades, idiosincrasia de la población local, singularidad étnica, ocupacional, de género, entre otros; podríamos abordar tanto la multidimensionalidad de los factores (incidencia dinámica) como el carácter heterogéneo de las comunidades (singularidad sectorial) ante una enfermedad o susceptibilidad a ella.

Pero el tipo de estudios que plantea la interseccionalidad es de carácter comparativo porque posibilita el análisis de diferentes grupos de una comunidad. Cuando hablamos de *grupos de estudio* desde esta perspectiva, nos referimos aquellos sujetos que, estando en una determinada posición en el ordenamiento social, podrían mostrar mayor o menor riesgo a padecer ciertas enfermedades. Por ello, es importante identificar un *grupo focal* y uno *de referencia*; los cuales se vuelven fundamentales para intentar estudiar la vulnerabilidad a ciertas enfermedades desde una perspectiva interseccional. De este modo, las variadas intersecciones de los rasgos (marcadores de diferencia) identificados de la comunidad, nos indicarán las posibles condiciones coadyuvantes a la salud o enfermedad que nos in-

terese, definiendo así el *grupo focal* de estudio. Por otra parte, el *grupo de referencia* se compondría indistintamente de todos aquellos casos que no cumplieran con estas condicionantes.

Como podemos ver, la metodología interseccional muestra una particular capacidad para visibilizar cómo es que estas configuraciones de inequidad social inciden y concurren de modo articulado y en diferentes grados, sobre el estado de salud de determinados grupos de la comunidad. De manera similar, para el análisis de las intersecciones (entre diferentes grupos de la comunidad), podemos definir *subgrupos* constituido de las distintas intersecciones entre estos rasgos o marcadores de diferencia.

Ciertos *marcadores de diferencia* (categorías sociales) se pueden presentar de forma relativamente clara, y podemos detectar límites nítidos entre los grupos que vamos a comparar (como el caso de categorías tipo: hombre, mujer, edad, etc.). Pero otros *marcadores* no podemos acceder o advertir “directamente”, como el caso del nivel socioeconómico, ingreso del hogar, tipo de escuela frecuentada y nivel educativo, entre otros; por lo tanto, su definición dependerá tanto de la disponibilidad de los datos como de un adecuado análisis de lo que cada marcador de diferencia ayude a visibilizar y/u ocultar.

A diferencia de los estudios de un caso particular, cuyo interés de análisis está localizado en los rasgos propios del objeto analizado; la perspectiva interseccional se puede enfocar en estudios multigrupo, pues permite realizar comparaciones sistemáticas y simultáneas de las intersecciones de los marcadores de diferencia en niveles desiguales o circunstancias desemejantes (26).

En términos generales, la interseccionalidad ofrece la posibilidad de desarrollar una nueva perspectiva, desde la cual se puede abordar la correlación de la desigualdad social especificada por subgrupos, con respecto a una determinada enfermedad, dentro una misma comunidad. Permitiéndonos profundizar -pero, además- articular, la implicación de la marginación social en problemáticas de salud pública; ponderando el modo de cómo diversos marcadores de diferencia, identificados en grupos de la población, se intersectan -y

de este modo-, producen diversas condiciones de vida, las cuales propiciarán y generarán un estado de salud diferenciado con respecto a otros sectores de la población.

La importancia de probar un enfoque interseccional como alternativa a las limitaciones de los estudios convencionales de salud, reside en poder capturar la manera de cómo ciertos marcadores de diferencia (categorías sociales), operan simultáneamente y en múltiples dimensiones entorno a una condición fisiológica particular. En otras palabras, la proclividad a padecer ciertas enfermedades y la capacidad de recuperarse de éstas se configura con la concurrencia de factores sociales, económicos y culturales, interpretables desde un enfoque interseccional a partir de la conceptualización de marcadores de diferencia concurrentes, dinámicos y multidimensionales.

El enfoque interseccional parece ofrecernos la facultad de detectar la intensidad de correlación entre dos o más marcadores de diferencia -que tradicionalmente se asumen como elementos sumatorios y estáticos- en grupos específicos de una comunidad. Una característica que permite asomarnos a la conformación dinámica de cada posible condición de riesgo para la salud de los sujetos estudiados. De tal suerte que, atender las posibles combinaciones entre los diferentes elementos participantes, nos posibilitaría sopesar el papel e importancia de estos marcadores; logrando así, evidenciar las múltiples eventualidades convergentes en la susceptibilidad de padecer una determinada enfermedad de poblaciones específicas.

La variedad de combinaciones de los distintos marcadores de diferencia nos mostraría procesos inseparables que existen sólo en relación unos con otros; por tanto, deberán ser incorporados de manera conjunta si se busca desentrañar la relación entre salud/enfermedad y grupos sociales determinados. No puede hablarse de la salud/enfermedad como consecuencia, sin no se considera la correlación e incidencia de los marcadores de diferencia que singularizan a un sujeto o a una población. Usando esta metodología, la interseccionalidad resultaría una contribución conceptual y metodológica prometedora, además de una alternativa de estimación a la pensión de la salud/enfermedad en una comunidad, vinculada y

orquestrada a procesos de inequidad social focalizada.

Asimismo, la interseccionalidad muestra la cualidad de traducir las relaciones (fibras del tejido social que conforman al sujeto) en factores concurrentes en la susceptibilidad a la salud/enfermedad. Pero para poder explicar la incidencia de dichas relaciones, la noción de dimensionalidad se hace necesaria.

La dimensionalidad emerge bajo esta perspectiva, como herramienta teórica que permite observar la complejidad y trascendencia de la manera en que la inequidad social -como noción general-, incide en la propensión para mantener un estado saludable o padecer una enfermedad de grupos específicos de la comunidad. A este punto, se requiere precisar que, la complejidad de las relaciones sociales que se establecen en una comunidad se podría descifrar por la interacción, prevalencia y ponderación entre las diferentes categorías sociales o marcadores de diferencia definidos. Una lógica sumatoria de los marcadores de diferencia -como usualmente se hace en los estudios convencionales- no puede dar cuenta adecuadamente de la complejidad procesual e intensidad de correlación en la conformación de la salud pública. Por esta razón, se requiere una perspectiva dialéctica de los marcadores de diferencia contemplados para dimensionar la complejidad dinámica del tema.

De este modo, se puede pretender que ciertos rasgos en variadas configuraciones ayuden a identificar diversos subgrupos que expresen distintos grados de propensión a la salud/enfermedad. Por ello, se hace necesario elaborar parámetros referenciales de vulnerabilidad; es decir, se requiere diseñar *indicadores compuestos* de una selección definida de variables sociales, económicas y culturales con la finalidad de capturar, distinguir distintas realidades subyacentes y copartícipes en el mantenimiento de la salud o el deterioro de esta.

Consideremos que interseccionalidad posee la capacidad de llenar ciertos vacíos de conocimiento, originados en buena parte, de la parcelación y exclusividad del conocimiento en disciplinas incommunicadas. Intentemos considerar, revalorar y evidenciar factores estructurales subyacentes pero esenciales en el estudio de la salud.

De esta manera, podríamos pensar en la necesidad de construir un modelo teórico-metodológico factible para operacionalizar la interrelación entre categorías sociales con respecto a ciertas afecciones, y de este modo, localizar y diferenciar la particularidad de casos o grupos al interior de la población.

Sin embargo, no está de más precisar que, no todos los habitantes de una comunidad tienen las mismas probabilidades de presentar vulnerabilidad a contraer una enfermedad. En realidad, esta probabilidad cambia sistemáticamente. Pero desde una perspectiva interseccional, esta probabilidad puede ser detectable a partir de identificación de la posición ocupada de los individuos en las coordenadas del plano social y la interseccionalidad de los ejes de los marcadores de diferencia que posean. Cuando concebimos un análisis interseccional de la salud/enfermedad, vemos la probabilidad de distinguir y conocer la vulnerabilidad o idoneidad física de distintos subgrupos en la misma comunidad.

Con este tipo de análisis, también es posible advertir la proporción de una comunidad con una probable indemnidad a una enfermedad determinada. Dicha proporción se obtendría a partir de cuántos casos -del total de la población- experimentan cierta afección; y cuántos otros, en cambio, se mantienen indemnes. Y cuántos casos -a pesar de poseer ciertos marcadores de diferencia-, no presentan dicha afección como otros casos en la comunidad. De esta manera, además de las proporciones, podría calcularse las probabilidades de indemnidad en una población a partir de “momios” de vulnerabilidad, los cuales no compararían la cantidad de personas que experimentan la enfermedad/estado de salud analizado con el total de la población, sino con la cantidad de personas que sí enferman.

La construcción de indicadores socioculturales convergentes en las problemáticas de salud significaría un referente cuantitativo calibrable y adaptable; y no simplemente sumatorios y estáticos como se emplean convencionalmente. Una herramienta útil para identificar, describir, evaluar y atender situaciones diferenciadas de vulnerabilidad en una localidad sobre grupos específicos.

No está de más advertir que los indicadores socioculturales no

abordan completamente la complejidad, dinámica, ni el carácter multidimensional de la vulnerabilidad fisiológica en la comunidad; pero se constituyen una posibilidad para superar las limitaciones de los estudios biomédicos prevacientes en estos temas. El abordaje de temáticas de salud con una perspectiva interseccional plantea el gran desafío de elaboración, de fundamentos teóricos y metodológicos para concebir parámetros que sean capaces de capturar diferentes dimensiones de riesgo o susceptibilidad a ciertos padecimientos. Ello implica, diseñar propuestas de modelos teóricos para la estimación de susceptibilidad social a algunas afecciones, con la posibilidad de ser adaptables a las diversas realidades y necesidades particulares de nuestras poblaciones.

De mismo modo, el diseño metodológico requiere probar identificar intersecciones entre marcadores de diferencia convergentes para capturar los diversos grados de susceptibilidad a las afecciones estudiadas; así como el nivel de exposición (de algunos grupos) o propensión a una enfermedad que estas intersecciones reflejarían. Sin embargo, se debe cuidar a no reducirlos a simples “rasgos agregados”, sino probar caracterizarlos en su dinamicidad y cota de incidencia a partir de las variadas circunstancias encontradas y combinadas que seamos capaces de predecir.

Apreciaciones finales

La dispersión y complicación de ciertas enfermedades en nuestras sociedades modernas, así como la preocupante resistencia bacteriana a antibióticos, la mala alimentación y las diversas prácticas poco recomendables de la vida cotidiana de los sujetos, no debieran ser percibidas como resultante del destino genético, una mala información médica, ignorancia o voluntad meditada de las personas; sino como una consecuencia de un largo proceso social injustamente diferenciador.

El deficiente estado de salud de amplios sectores de la población debe percibirse como un “daño colateral” provocado deliberadamente, sostenido y reproducido por un Estado promotor de políticas sociales selectivas y discriminatorias enmarcadas dentro de una

lógica sistematizada de descarto social, generadora del extenso y peligroso daño provocado a la salud de grupos vulnerables de la sociedad. En otras palabras, cuando se habla de salud pública, hablamos de una representación elocuente de exclusión social materializada en el cuerpo de los sujetos; pero no de todos, sino únicamente de aquellos considerables no indispensables.

Por ello, re/pensar las numerosas circunstancias originarias y criterios con los que se concibe la salud pública, plantea buscar y probar enfoques alternativos para ahondar en la comprensión e interpretación de las problemáticas vinculadas a la salud pública.

Creemos que la teoría interseccional puede ser una opción en cuanto subraya que, las condiciones de ciertos grupos al interior de una sociedad son construidas y dependientes del sistema social; escapando dichas condiciones, de la voluntad propia de los individuos.

El enfoque interseccional se planteó inicialmente, como una alternativa analítica a los cuestionamientos de una serie de problemáticas sociales complejas que, carecían de respuestas satisfactorias a pesar de la interpretación multidisciplinaria de dichos cuestionamientos. La interseccionalidad aparece por la necesidad de teorizar la realidad social, considerando la interacción simultánea y multidimensional de múltiples elementos participantes y constitutivos de las variadas realidades sociales. Convirtiéndose en una propuesta teórica apropiada para el análisis y discusión de la normalización del orden de las cosas, incluyendo conceptos y categorías que ocultan su genealogía dentro del poder e inequidad social. Por ello, re/pensar las numerosas circunstancias originarias y criterios con los que se concibe la salud pública, plantea buscar y probar enfoques alternativos, para ahondar en el análisis e interpretación de las problemáticas vinculadas a la salud pública.

Aunque la interseccionalidad se ha propuesto como alternativa para analizar la construcción social y su instrumentalización para servir al poder establecido; puede ser factible en el estudio de la salud pública, para evidenciar y discutir la incidencia de múltiples variables no biológicas -coparticipes de manera distinta y simultánea-, en la salud de los sujetos y sectores sociales.

Por lo tanto, veamos la aplicación de un marco teórico-metodológico interseccional en temáticas de salud/enfermedad como una posibilidad para rediseñar la arquitectura conceptual de lo que entendemos como salud; una opción para identificar y comprender las múltiples “constelaciones” sociales que concurren en ella (27).

Desde esta perspectiva, será posible ver que la salud y algunas enfermedades se constituyen y reproducen en condiciones dinámicas significativamente sociales. Evidenciando la coparticipación y simultaneidad de diversas circunstancias existenciales intrincadas que, reflejan complejas formas de relación social, indiscutiblemente manifestadas sobre los cuerpos. En otras palabras, la aplicación de la interseccionalidad en el análisis de problemáticas de salud/enfermedad significa un complejo planteamiento epistémico para el entendimiento relacional de la salud pública. Una oportunidad para visibilizar la incidencia de factores estructurales en el cuerpo de los sujetos.

Referencias bibliográficas

1. ONU. OdINU. Objetivos de desarrollo sostenible 2015 [Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>].
2. Ayres JRdC-M. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2002;20(2).
3. Rothstein MA. Rethinking the meaning of public health. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002;30(2):144-9.
4. Foucault M. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*: Siglo XXI. Argentina; 1982.
5. Bourdieu P. *Estructuras, habitus, prácticas. El sentido práctico*. Siglo XXI Editores; Argentina; 1991.
6. Mullings L, Schulz AJ. Intersectionality and Health: An Introduction. An Introduction. In A. J. Schulz & L. Mullings (Eds.), *Gender, race, class, & health: Intersectional approaches* (p. 3–17). Jossey-Bass/Wiley 2006.
7. Kapilashrami A, Hankivsky O. Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet*. 2018;391(10140):2589-91.

8. Linares-Pérez N, López-Arellano O. Inequidades en la salud en México. *Gaceta Médica de México*. 2012;148(6):591-7.
9. Morales Cisneros G. Aspectos relevantes del gasto social en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México; 2019.
10. Bourdieu P. *El sentido práctico: Siglo XXI de España Editores*. España; 2008.
11. Bauman Z. *Daños colaterales: desigualdades sociales en la era global: Fondo de Cultura Económica*. México; 2012.
12. Bourdieu P. *Distinction: A social critique of the judgement of taste: Harvard university press*. United States; 1984.
13. Louis É. *Quién mató a mi padre: Penguin Random House Grupo Editorial España*; 2019.
14. Aboud FE. Virtual special issue introduction: health behaviour change. *Social Science & Medicine*. 2010;11(71):1897-900.
15. Kok G, Gottlieb NH, Peters G-JY, Mullen PD, Parcel GS, Ruiter RA, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an intervention mapping approach. *Health Psychology Review*. 2016;10(3):297-312.
16. Sarraf DP, Rai D, Rauniar GP. Knowledge, attitude and practices on antibiotic use and resistance among doctors in bp koirala institute of health sciences. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*. 2018;8(4):170-5.
17. Nepal A, Hendrie D, Robinson S, Selvey LA. Knowledge, attitudes and practices relating to antibiotic use among community members of the Rupandehi District in Nepal. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1558.
18. Li P, Hayat K, Shi L, Lambojon K, Saeed A, Majid Aziz M, et al. Knowledge, Attitude, and Practices of Antibiotics and Antibiotic Resistance Among Chinese Pharmacy Customers: A Multicenter Survey Study. *Antibiotics*. 2020;9(4):184.
19. Landecker H. Antibiotic resistance and the biology of history. *Body & Society*. 2016;22(4):19-52.
20. Chandler C, Fairhead J, Kelly A, Leach M, Martineau F, Mokuwa E, et al. Ebola: limitations of correcting misinformation. *The Lancet*. 2015;385(9975):1275-7.
21. Dyson S, Brown B. *Social theory and applied health research: McGraw-Hill Education*. United Kingdom; 2005.
22. García González R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011;37:675-85.
23. Brah A, (Editor). *Pensando en ya través de la interseccionalidad*. La

interseccionalidad en debate Actas del Congreso Internacional: "Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior. Freie Universität Berlin; 2012.

24. McCall L. *Complex inequality: Gender, class, and race in the new economy*: Routledge CRC Press; 2001.

25. Zapata Galindo M, Cuenca A, Puga I. *Guía desde un enfoque interseccional. Metodología para el Diseño y Aplicación de Indicadores de Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior de América Latina*. Coordinación MISEAL. Instituto de Estudios Latinoamericanos. Alemania; 2014.

26. McCall L. The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of women in culture and society*. 2005;30(3):1771-800.

27. Guzmán UO. La Salud Pública, la sociología y la interseccionalidad, una alternativa analítica por explorar. *Revista de Salud Pública*. 2020;24(1):101-4.

DE LOS COORDINADORES

Dra. María Cristina Cometto

Es Profesora Titular en la Escuela de Salud Pública y Ambiente de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Es Licenciada en Enfermería y Doctora en Ciencias de la Salud. Es Directora de la Revista de Salud Pública, Directora del Centro de Investigación de Recursos Humanos de la Escuela de Salud Pública y Ambiente. Es Directora de la Carrera de Especialización en Enfermería en el cuidado del paciente crítico. Es Coordinadora Internacional de la Red de Enfermería y Seguridad de los pacientes.

Dr. Roberto Ariel Abeldaño Zuñiga

Es Profesor-Investigador de la Universidad de la Sierra Sur, México. Es Magister en Salud Pública y Doctor en Demografía por la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Es Investigador Nacional nivel 2 en CONACYT, México. Sus líneas de investigación son: Salud, sociedad y ambiente; y Salud pública en situaciones de desastre.

Dra. Socorro Moyado Flores

Es Profesora-investigadora de la Universidad de la Sierra Sur, México. Es Doctora en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México y Doctora en Administración Pública por el Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública. Es vocal de la Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional (AMECIDER). Sus líneas de investigación son: Derechos Humanos, Pobreza y Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DE LOS AUTORES

Alejandra María Corona Romero

Licenciada en Nutrición y Doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Profesora a nivel licenciatura de materias relacionadas a nutrición e investigación y Secretaria de Academia de Seminarios, en la Universidad de Guadalajara. Colaboradora del Proyecto “Nutrición y Acción Comunitaria para Entornos Saludables” (NACE) en el Instituto Tecnológico de Estudios de Occidente.

Email: lnalejandra.coronaromero@gmail.com

Elizabeth Hernández Castellanos

Licenciada en Nutrición y Maestra en Nutrición Humana con orientación Materno Infantil por la Universidad de Guadalajara. Secretaria General de la Asociación Jalisciense de Nutriólogos A.C. Profesora de la licenciatura en nutrición de materias relacionadas a nutrición e investigación en la Universidad de Guadalajara y Universidad del Valle de México. Investigadora asociada en el proyecto “Jalisco sin hambre”.

Email: elizabeth.hdz@ajanut.org

Nubia Cortés Márquez

Licenciada y Maestra en Geografía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría y doctorado en Antropología Social por El Colegio de Michoacán AC (Colmich). Profesora invitada de la licenciatura en Geografía Ambiental, Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Profesora-Investigadora Asociada C en El Centro de Estudios en Geografía Humana, Colmich. SNI 1. Temas de investigación: Análisis del paisaje, procesos agentivos locales frente a acciones del Estado, Turismo rural.

Email: nubia.cortes@gmail.com

Jhon Jairo Marín Restrepo

Economista Industrial y Especialista en Pedagogía y Desarrollo Humano por la Universidad Católica de Pereira; Magister en Economía de la universidad Javeriana de Bogotá; Docente Universitario en las áreas de economía e investigación; Investigador en el área de mercado laboral y competitividad; Integrante del Observatorio del Mercado laboral del Departamento de Risaralda.

Email: jjmarin@areandina.edu.co

Sebastián Francisco Valencia Cardona

Profesional en Administración de Negocios Internacionales. Asistente de investigación en la Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas, Financieras y Contables de la Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira.

Email: sebastianvalencia.negocios.int@gmail.com

María del Pilar Gómez-González

Doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, México. Investigadora-docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira-Colombia. Docente de la especialización en epidemiología del curso de seminario de investigación, asesora temática y metodológica carreras postgraduales y pregrados del área de la salud. Temáticas de interés son los estudios de salud pública, género, masculinidades, emociones, representaciones sociales y políticas públicas.

Email: mgomez3@areandina.edu.co

Alexis Chávez-Díaz

Doctor en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, México. Médico general y coordinador de Epidemiología del Área de Santa Ana Tepetitlan, región sanitaria diez, gobierno del Estado de Jalisco. Profesor de asignatura A de la carrera de médico cirujano y partero en el Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara. Temáticas de interés son investigación epide-

miológica, enfermedades transmisibles y no transmisibles, catastróficas, género y salud, representaciones sociales y políticas públicas.

Carolina Gómez-González

Maestrante en educación y procesos cognitivos de la universidad de Cuauhtémoc, Especialista en Gerencia de Recursos Humanos de la universidad Externado de Colombia, Administradora de Empresas de la Universidad Católica de Pereira y Psicóloga en formación de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Temáticas de interés: Recursos humanos en las compañías, Comunicación organizacional, nuevos paradigmas Educativos, Representaciones Sociales, Adolescencia.

Flor Ángela Tobón Marulanda

Profesora titular investigadora. Universidad de Antioquia Medellín-Colombia. Química Farmacéutica. Especialista en Atención Farmacéutica. Magíster Scientiae Farmacología. Investigaciones publicaciones: 70 artículos en revistas, cuatro capítulos de libro y cuatro libros. Premios Nacionales: dos en Investigación en Farmacología. Integrante activa de los grupos de Investigación: Tecnología en Regencia de Farmacia de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias; y, de Uni-Pluri/Versidad Facultad de Educación.

Email: flor.tobon@udea.edu.co

Luis Alirio López Giraldo

Profesor investigador. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería, Medellín Colombia. Antropólogo. Maestría y Doctor en Salud Pública, Investigaciones publicadas en 10 artículos en revistas y tres capítulos de libro. Integrante activo de los grupos de Investigación: Políticas Sociales y Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería; y, de Uni-Pluri/Versidad Facultad de Educación. Publicaciones: 12 artículos de revista, tres Capítulos de libro, un libro.

Email: alirio.lopez@udea.edu.co

Rubén Nanclares

Profesor de la Universidad Santiago de Cali USC y básica primaria, Cali Colombia. Licenciatura en Pedagogía Infantil. Maestría en Educación. Doctor en educación. Integrante del grupo de investigación Uni-Pluri/Versidad Universidad de Antioquia y de FORMACCE-UFBA/FACED. Investigaciones publicaciones: dos artículos, un libro, dos artículos de libro, otros artículos en proceso de evaluación. *Email: runan10@yahoo.com*

José Luis Manzanares Rivera

Es un investigador mexicano especializado en el análisis replicable de datos. Sus líneas de investigación incluyen el estudio de los patrones de salud desde una perspectiva temporal y geográfica. Colabora en El Colegio de la Frontera Norte como investigador titular en el Departamento de Estudios Urbanos y del Medio Ambiente y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Ha realizado trabajo de investigación en diversos países entre ellos Chile y Australia.

Email: jlmanzanares@colef.mx

José Carlos Suárez-Herrera

Ph.D. Public Health – Healthcare Organization, es profesor e investigador en KEDGE Business School (Francia) y especialista en el análisis y la evaluación de intervenciones complejas (intersectoriales y multi-red) en los campos de la salud pública internacional, la acción humanitaria y el desarrollo sostenible. José Carlos es investigador asociado en varias redes de investigación de renombre internacional y se especializa en el campo de la gobernanza en red y la transformación de organizaciones complejas. Realiza sus investigaciones internacionalmente (Canadá, Brasil, España, Francia, África occidental, Países del Mediterráneo) en torno a la salud global y las innovaciones territoriales.

Email: jose-carlos.suarez-herrera@kedgbs.com

Zulmira M. Araújo Hartz

Médico, tiene una maestría y un doctorado en salud pública de la Universidad de Montreal, un posdoctorado en la Escuela Nacional de Salud Pública en Francia, y es investigadora principal en el departamento de Epidemiología de la Escuela Nacional de Salud Pública-ENSP / Fiocruz (retirada) Como consultora de evaluación, ha asesorado a varios programas y políticas nacionales de salud, lo que constituye el tema de sus diversas publicaciones. Actualmente, es profesora invitada de Evaluación de la Salud en el Instituto de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad Nova de Lisboa (IHMT / UNL).
Email: zhartz@ihmt.unl.pt

Marly Marques Da Cruz

Psicóloga con especialización, residencia multi-profesional, maestría y doctorado en Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP / Fiocruz) y Postdoctorado del Instituto de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad Nova de Lisboa. Investigadora principal del Departamento Endémico Samuel Pessoa de ENSP / Fiocruz e integra el Laboratorio de Evaluación de Situaciones Endémicas Regionales (LASER / Fiocruz), cuyo desempeño enfatiza la investigación, la enseñanza y la cooperación técnica en el monitoreo y evaluación de la salud. Coordina el Programa de Posgrado en Salud Pública en ENSP / Fiocruz y es profesora permanente de este Programa. Miembro del Grupo de Trabajo de Evaluación de Salud de la Asociación Brasileña de Salud Pública (Abrasco).
Email: marly@ensp.fiocruz.br

Edgar Ulises Osorio Guzmán

Doctor en Sociología por el Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades Alfonso Vélaz Pliego (ICSyH) de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (México) y Universidad de Oviedo (Asturias, España). Profesor Investigador adscrito a la Dirección de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública (Puebla, México).

Email: eosorio98@yahoo.com

Ruth Ana María González-Villoria

Doctora en Ciencias de la Salud Pública por parte del Instituto, Nacional de Salud Pública de México. Profesora-Investigadora en la Maestría en Salud Pública de la División de Estudios de Posgrado en la Universidad de la Sierra Sur. Oaxaca, México.

Email: gonzalezvilloria@yahoo.com.mx