

VULNERABILIDAD, SALUD
Y POLÍTICAS ALIMENTARIAS

Jorge Arzate Salgado
José Manuel Rangel Esquivel
(Coordinadores)

Colaboraciones de:

Carmen Liliana Ceballos Juárez / Dania Delgadillo Villavicencio
David De Jesús-Reyes / Dídimo Castillo Fernández
Gretcher Mariangy Arenas López / Ivonne Vizcarra Bordi
Jorge Arzate Salgado / José Manuel Rangel Esquivel

iiNSO

Instituto de Investigaciones Sociales



PUERTABIERTA
EDITORES

VULNERABILIDAD, SALUD Y POLÍTICAS ALIMENTARIAS.
Primera edición, 2021

© Jorge Arzate Salgado, Coordinador
© José Manuel Rangel Esquivel, Coordinador
D.R. © Instituto de Investigaciones Sociales, UANL.
D.R. © Puertabierta Editores, S. A. de C. V.
Ma. Refugio Morales No. 583, Col. El Porvenir, Colima, Col.
Tel. (312) 312 11 33
Para México: www.puertabierta.com.mx
Para España: www.puertabiertaeditores.com

ISBN: 978-607-8783-34-2

Diseño Editorial: Alondra Torres

Impreso en México / *Printed in Mexico*

Este libro fue arbitrado por pares académicos.

Se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento o la transmisión de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalizaciones u otros medios, siempre y cuando se reconozca la autoría de la obra original, se mencione el crédito bibliográfico, no se modifique el contenido de los textos y el uso del material o sus derivados no tenga fines comerciales.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
Seguridad alimentaria y bienestar social: notas introductorias al libro. Vulnerabilidad, salud y políticas alimentarias David De Jesús-Reyes	
CAPÍTULO 1	
Determinantes Sociales de la Salud. Una argumentación sociológica.....	23
Jorge Arzate Salgado José Manuel Rangel Esquivel	
CAPÍTULO 2	
Alimentación y enfoques teóricos para su abordaje como hecho social. Reflexiones para su comprensión desde la sociología de la experiencia.....	45
Gretcher Mariangy Arenas López	
CAPÍTULO 3	
Estructura social y alimentación. Los componentes alimentario-nutricionales en los Programas compensatorios en América Latina.....	71
Carmen Liliana Ceballos Juárez.....	71
Jorge Arzate Salgado Ivonne Vizcarra Bordi	
CAPÍTULO 4	
Programas de seguridad alimentaria y construcción de ciudadanía en el Estado de México.....	103
Jorge Arzate Salgado Dídimo Castillo Fernández	

CAPÍTULO 5

La alimentación como desigualdad social ante un escenario de
crisis económica 129

Dania Delgadillo Villavicencio

Reflexiones finales. Repensar la salud/alimentación 145

José Manuel Rangel Esquivel

Determinantes Sociales de la Salud. Una argumentación sociológica

Jorge Arzate Salgado²
José Manuel Rangel Esquivel³

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo fundamentar, desde un punto de vista sociológico, la perspectiva denominada como Determinantes Sociales de la Salud (DSS), es decir, identificar y comprender el papel de las estructuras macro sociales que participan en procesos de estructuración en las instituciones sociales que hacen posible los procesos de salud en la vida cotidiana de los grupos vulnerables.

El texto comienza mostrando de manera general la discusión internacional en torno a la noción de Determinantes Sociales de la Salud, la cual se fundamenta en una serie de supuestos de naturaleza estructural que funcionan como sustento explicativo de la salud, sobre todo para el caso de los grupos vulnerables de la sociedad. El problema al respecto de esta perspectiva es su marcado determinismo, donde se liga la salud, como situación social, a los efectos de estructuras y/o contextos sociales-económicos, sin percatarse de que esta determinación sólo es posible como procesos de doble estructuración; la construcción so-

² Profesor de Carrera de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de México. Doctor en Sociología por la Universidad de Salamanca, miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México.

³ Profesor-Investigador adscrito al Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Doctor en Estudios Científico-Sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México.

cial de la salud es resultado de una doble estructuración que se produce entre la interacción compleja entre estructuras y acción social. Este planteamiento permite revalorar en forma adecuada, tanto el peso que tienen las estructuras sociales en determinados contextos socio-culturales, como la acción social de los sujetos sociales que intervienen en los procesos de construcción social de la salud.

En seguida, se presenta una discusión sociológica donde se fundamenta la perspectiva de los DSS como sistema social; en otras palabras, se identifica una serie de procesos macro estructurales que gatillan acción social y formas de organización que hacen posible los procesos de salud dentro de las instituciones, en contexto caracterizados por la vulnerabilidad social.

1. Determinantes Sociales de la Salud. Limitaciones explicativas de un modelo instrumental para la elaboración de política pública

En 1948, Henry Singer (Beldarrain, 2002) sostuvo que la salud se proporcionaría a los habitantes cuando se promovieran condiciones de vida decentes y de trabajo, por lo que propuso que el gobierno debía llevar a cabo lo que él denominó “promoción de la salud”. Los DSS fueron abordados por Marc Lalonde en 1974 (Villar, 2011), quien, desde un punto de vista epidemiológico, discurre sobre las mayores causas de muerte y enfermedades en los canadienses. Desde fines del siglo pasado, surge la idea de que el contexto social tiene una influencia para explicar la situación de salud de la población; idea que ha tenido eco en diversas organizaciones internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); organizaciones internacionales que comienzan a sostener una serie de conferencias y a firmar acuerdos relacionados con la salud de las poblaciones en distintos países. La Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa (Villar, 2011) establecían la idea de “salud para todos”, a partir de la atención primaria en salud y la promoción de la salud. Es a mitad de la primera década del presente siglo cuando el marco de los Determinantes Sociales de la Salud retoma una importancia significa-

tiva en Latinoamérica; sobre todo por el reconocimiento de las importantes brechas de desigualdad entre clases que caracteriza la región, aunado a la sobrepoblación y el incremento de la pobreza (Urbina, 2015).

Los Determinantes Sociales de la Salud son definidos de manera general como las condiciones con las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, y que reflejan su posición en la jerarquía social (CDSS, 2005). Se trata de una definición intuitiva de cómo la salud se produce en una sociedad donde, finalmente, es el contexto y estructura social lo que determina la salud de la población. El discurso de los DSS se encuentra vinculado a tres aspectos sociológicos de la vida social moderna: 1. La idea de que la posición en la estructura social de una persona determina su situación de salud, esto es, la salud tiene que ver con las posibilidades de movilidad social existentes en una sociedad; 2. La salud tiene que ver con la generación de bienestar en un sentido amplio del término, el cual es producto de la acción del mercado, el estado y la misma sociedad civil; 3. Al estar anclada la salud a la posición en la estructura social y al bienestar, es necesaria la intervención del gobierno para generar condiciones adecuadas para la salud de la población a través de las políticas públicas: es decir, es necesario la presencia de algún tipo de estado social o Estado de bienestar. Todas estas cuestiones tienen sentido dentro de una sociedad democrática, donde el bienestar es el fin último; cabe señalar que salud Estado y ciudadanía tienen una estrecha liga semántica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2005 la Comisión de los DSS. En el informe de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se propusieron tres recomendaciones generales: 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas. 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. 3. Medición y análisis del problema. Se trata de una perspectiva que introduce tres elementos importantes y de utilidad para las políticas públicas en torno a la salud: 1) la necesidad de generar bienestar bajo un concepto de justicia social, 2) el reconocimiento de que la salud no es posible sin considerar el asunto de la distribución asimétrica de poder y los recursos económicos propios de toda estructura social, 3) la introducción necesaria de

una dimensión instrumental de medición científica del problema, algo claramente necesario para la realización de las políticas públicas de la salud (OMS, 2005).

Respecto a la primera recomendación, la CDSS (OMS, 2005) señaló lo siguiente: a) ofrecer una enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad a todos los niños; b) mejorar la disponibilidad y la asequibilidad de vivienda invirtiendo en la mejora de los barrios; c) mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores y d) velar para que los sistemas de protección social incluyan a quienes están en situación de precariedad laboral. En este caso es posible reconocer cuatro estructuras sociales de bienestar como determinantes macro estructurales de la salud en una sociedad moderna: el acceso a la educación, la vivienda, el trabajo y los sistemas de protección social; elementos relevantes en toda sociedad salarial.

Con relación a la segunda recomendación, la CDSS (2005), menciona lo siguiente: 1) que la equidad sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos; 2) que se evalúen las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria y 3) que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género. Tres criterios que podríamos mencionar como de justicia social, aunque, considerando las asimetrías existentes en las estructuras sociales de muchos países en desarrollo, estas tres dimensiones son insuficientes para asegurar acceso a las oportunidades vitales y en forma específica a la salud. En la tercera recomendación se hace énfasis en los siguientes puntos: a) la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces; y b) la sensibilización y la formación en materia de Determinantes Sociales de la Salud es esencial.

Considerando los elementos de la perspectiva de DSS es posible concluir que se trata de un discurso instrumental que intenta constituirse en un sistema normativo y metodológico para la generación de políticas de salud a nivel mundial; de ahí su homogeneidad en sus

una dimensión instrumental de medición científica del problema, algo claramente necesario para la realización de las políticas públicas de la salud (OMS, 2005).

Respecto a la primera recomendación, la CDSS (OMS, 2005) señaló lo siguiente: a) ofrecer una enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad a todos los niños; b) mejorar la disponibilidad y la asequibilidad de vivienda invirtiendo en la mejora de los barrios; c) mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores y d) velar para que los sistemas de protección social incluyan a quienes están en situación de precariedad laboral. En este caso es posible reconocer cuatro estructuras sociales de bienestar como determinantes macro estructurales de la salud en una sociedad moderna: el acceso a la educación, la vivienda, el trabajo y los sistemas de protección social; elementos relevantes en toda sociedad salarial.

Con relación a la segunda recomendación, la CDSS (2005), menciona lo siguiente: 1) que la equidad sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos; 2) que se evalúen las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria y 3) que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género. Tres criterios que podríamos mencionar como de justicia social, aunque, considerando las asimetrías existentes en las estructuras sociales de muchos países en desarrollo, estas tres dimensiones son insuficientes para asegurar acceso a las oportunidades vitales y en forma específica a la salud. En la tercera recomendación se hace énfasis en los siguientes puntos: a) la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces; y b) la sensibilización y la formación en materia de Determinantes Sociales de la Salud es esencial.

Considerando los elementos de la perspectiva de DSS es posible concluir que se trata de un discurso instrumental que intenta constituirse en un sistema normativo y metodológico para la generación de políticas de salud a nivel mundial; de ahí su homogeneidad en sus

componentes conceptuales y normativos, así como su marcado acento instrumental. Esto supone comprender que no se trata de una teoría social explicativa del fenómeno de la salud, ya que su epistemología no permite plantear las relaciones entre los elementos estructurales, normativos e, incluso, jurídicos del modelo como un todo explicativo de la producción social de la salud en las sociedades modernas y sus instituciones, como son el Estado democrático y la familia.

Siguiendo con su sentido instrumental, las dimensiones de los DSS pueden desdoblarse en indicadores a nivel micro, meso y macro; de esta forma, a nivel micro se habla de la necesidad de la existencia de procesos de la cohesión social, donde las redes sociales de apoyo refuerzan la lealtad social, en función positiva de la salud física y mental. Los determinantes intermedios comprenden los distintos factores biológicos y del comportamiento, las circunstancias socio-ambientales y psicosociales, así como las circunstancias materiales (donde el acceso a los servicios de salud sería un aspecto primordial). A nivel macro estarían los contextos socioeconómicos y políticos, es decir, la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y públicas, así como los valores culturales y sociales.

Uno de los ejes específicos en que se ha actuado en materia de salud, a partir de los DSS, ha sido con relación a las Enfermedades No Transmisibles (ENT)⁴. El impacto socioeconómico de las ENT se refiere a que regularmente la población en situación de vulnerabilidad y socialmente desfavorecida es la que más enferma y muere, ya que tiene acceso limitado a los servicios de salud y se elevan sus gastos familiares, lo que limita su atención sanitaria; en algunos casos, la ausencia del jefe(a) de familia conduce a vivir en pobreza. La probabilidad de morir por una ENT es cuatro veces mayor en los países en desarrollo con respecto a los desarrollados.

⁴ De acuerdo con información de la ocde (2015), las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes propician la muerte de 41 millones de personas al año y fallecen 15 millones de la población entre 30 y 69 años de edad.

Los DSS se han vuelto una serie de directrices a nivel internacional para generar políticas públicas de salud que atiendan las enfermedades transmisibles más importantes en poblaciones vulnerables; en este sentido, se trata de un discurso que busca, al menos, tres objetivos: a) comprender que la salud de los más vulnerables se explica en buena medida por los contextos de desigualdad social, b) la atención de la salud es un asunto que compete a los estados y la sociedad civil por lo que es necesario generar una legislación e infraestructura de salud adecuada, c) la necesidad de producir mediciones en torno a los fenómenos de la salud para mejorar los procesos de planeación de las políticas públicas. Considerando lo anterior, la perspectiva de los DSS se inscribe dentro de una lógica de políticas públicas, que por su sentido normativo resulta relevante para generar políticas de salud a nivel global. No obstante, surge la interrogante: ¿hasta dónde la perspectiva de los DSS es una teoría social que nos permita conocer la construcción social de la salud en sociedades vulnerables?

La injusticia produce enfermedad; lo cual es en esencia cierto, basta con ver los niveles de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas en los países menos desarrollados en comparación con los países del capitalismo avanzado; estos últimos presentan menores niveles de pobreza y mejores sistemas de salud. La cuestión es que las nociones de tipo normativo derivadas de la perspectiva no son una teoría social en estricto sentido que nos permita conocer la producción social de la salud, en la medida que no cuentan con los elementos teóricos suficientes para plantear sistemas de relaciones en torno a la salud/enfermedad en contextos de desigualdad social y económica, a nivel micro social (de la acción social), meso social (a nivel de las instituciones) y macro social (a nivel de las estructuras sociales políticas culturales y económicas).

¿Qué es el contexto? Una definición sociológica se refiere al sistema de relaciones estructurales que implica los aspectos fundamentales para la vida social, como son la cultura (sistema de significados imaginarios), la economía (sistema de relaciones de mercado y de producción de valor), lo político (sistema de relaciones de poder) y lo social (sistema de

relaciones de acción social); estos factores estructuran las instituciones habitadas por los sujetos sociales, es decir, recreadas por la acción social creativa de ellos.

2. Los DSS como estructuración social

La vulnerabilidad social relativa a la salud no corresponde a una condición natural ni predefinida; los grupos sociales en desventaja y considerados vulnerables no lo son *per se*, sino que son las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que viven estos grupos las que definen su condición de salud. De esta forma, por ejemplo, en México la mayor parte de la población, tanto en la ciudad como en ámbitos rurales, se encuentra en situación de pobreza económica, exclusión, desafiliación y son víctimas de múltiples formas de violencia, a la vez que son portadores de enfermedades crónicas-degenerativas que complican su propia situación de vulnerabilidad; es decir, los contextos de desigualdad y violencia impactan la construcción social de la salud de esta población; pero lo hacen dentro del sistema de relaciones sociales que se tejen, sobre todo dentro de la institución familiar.

Para realizar una explicación teórica a la relación de sentido común contexto-salud que sostiene el discurso de los DSS, tomamos el argumento central de la teoría de la estructuración de A. Giddens, según el cual: “las reglas y los recursos que se aplican a la producción y reproducción de una acción social, son al mismo tiempo, los medios para la reproducción sistémica (la dualidad de estructura)” (Giddens: 2003, 55); de otra forma: “La estructuración de sistemas sociales significa estudiar los modos en que esos sistemas, fundados en las actividades inteligentes de actores situados que aplican reglas y recursos en la diversidad de contextos de acción, son producidos y reproducidos en una interacción” (Giddens: 2003, 61). Es decir, la salud de los sujetos sociales es producto de su acción social como agentes competentes discernibles, los cuales habitan en las instituciones, siendo éstas el lugar para la creatividad humana (las instituciones conforman conjuntos articulados de acción social).

La salud como situación bio-social y cultural es un producto de la estructuración de las diversas estructuras de lo social (se refieren a las reglas y recursos envueltos recursivamente en las instituciones) y la acción de los agentes que reproducen, transforman y recrean a las instituciones. Los procesos de estructuración funcionan mediante mecanismos de restricciones y habilitaciones para los agentes sociales, esto significa una reacción dialéctica entre restricciones y habilitaciones; en este caso, la pobreza como sistema social de la carencia, lo que hace es producir restricciones derivadas de carencias económicas y materiales, pero, al mismo tiempo, son rasgos habilitantes.

La salud, como situación bio-social, es una construcción social producida por las estructuras, al mismo tiempo que es producto de la acción social de los agentes como reacción a las restricciones y habilitaciones estructurales; con la especificidad que se trata de un sistema de acción social que ayuda a reproducir la vida bajo la condición de salud/enfermedad o, en su fatalidad, lleva a la muerte del individuo: “Con arreglo a la teoría de la estructuración, el momento de la producción de la acción es también un momento de reproducción en los contextos donde se escenifica cotidianamente la vida” (Giddens: 2003, 62).

En las sociedades modernas, diversas estructuras implican a los sujetos y determinan su acción social frente a los riesgos, dentro de los que se encuentra a la enfermedad como riesgo bio-social. Bajo este argumento, es importante comprender la centralidad creativa de la acción social, sin lo cual es imposible comprender los alcances de una teoría de la estructuración como teoría explicativa de la salud, sin caer en el reduccionismo de una supuesta linealidad explicativa entre estructura(s)- salud/enfermedad; a la vez que comprender en toda su potencialidad la teoría y, sobre todo el papel de los agentes y su maleabilidad al momento de la construcción social de la salud/enfermedad tanto en el plano individual como en el colectivo.

La acción social, siguiendo la concepción típica de Max Weber, produce lo social de forma molecular, supone la respuesta al otro y la subjetividad frente al otro; desde aquí partimos de la concepción donde la acción social está racionalmente normativa y creativamente

orientada (Joas, 2013). La salud, como situación social, es resultado, finalmente, de la acción social la cual responde a las habilitaciones y constricciones que las estructuras sociales le plantean a los agentes (Giddens, 2003); en que la salud, al ser producto directo de la acción social, es una situación única, con plasticidad, innovación, capacidad de reacción y acoplamiento por parte de los sujetos sociales, para cada sujeto o grupo social, familia, dado el caso. La salud es un ejemplo de doble estructuración social (Giddens, 2003). Desde la antropología social, se concibe como proceso salud/enfermedad/atención, donde cada fase o etapa del proceso atiende a distintas vertientes subjetivas que implican la acción social.

Las dimensiones racionales, normativas y creativas de la acción social (Joas, 2013) hacen que los sujetos respondan de muy diversa forma a las implicaciones de las diversas estructuras sociales; por ello, la salud no es un hecho social que se pueda explicar de manera unilineal; con lo cual la salud es un hecho social que se explica por la situación: es un sistema de procesos de acción social estructurados. En un plano más horizontal, la salud como situación adquiere sentido sociológico en su desdoblamiento como socialidad (siguiendo a Georg Simmel, como relaciones horizontales de comprensión mutua) y socialización: como atención a la salud y todo lo que ello implica (incluidas las relaciones con las instituciones de salud públicas y privadas), como concepción de lo que es la salud y la manera de mantenerla (universo de conocimientos y significaciones imaginarias de lo que es la dualidad enfermedad/salud) y el cuidado o atención (como acción social solidaria y afectiva -como cohesión social activa-, que a veces supone especialización). Los diferentes modos de socialidad y socialización conforman un sistema de acción social pleno de significaciones y co-implicaciones, debido a que se produce mediante la experiencia, la proxemia y los afectos del tiempo cotidiano; se encuentra mediada por complejos sistemas de subjetividad. La salud/enfermedad supone una esfera relacional marcada por las emociones.

Dicho de otra manera, el concepto de Determinantes Sociales de la Salud, en tanto que concepto heurístico, supone que la situación

de salud/enfermedad es producto de una estructuración entre los sistemas estructurales y los sistemas de acción social que se despliegan en la vida cotidiana y, en particular, aquellos que operan en la zona de la reproducción de la vida: la esfera relacional de la labor⁵. Por ello, la salud como concepto sociológico implica un fuerte componente social; es decir, por supuesto supone una situación biológica de deterioro del cuerpo como proceso natural producto de su desgaste en el tiempo, pero sólo es significativa como hecho social situado en la medida que se encuentra cargado de significados subjetivos en torno a la precariedad de la vida y la muerte como fin de ciclo biológico-social, incluso, como proceso posible de reproducción de una sociedad dada.

La salud como hecho social resulta en un punto de resumen de una biografía bio-social del individuo y una sociedad dada; por lo tanto, la salud es el eje vertebrador de la vida misma en una sociedad, o sea: su sentido heurístico gira en torno a la producción de la vida como imperiosa necesidad de permanencia y unidad de lo social.

3. Salud/enfermedad/atención como el tiempo social de urgencia y cohesión social

Como se ha mencionado, los procesos de salud/enfermedad/atención, por su poderosa estructuración, son hechos que logran definir la perspectiva de la condición humana de los sujetos sociales y los mismos grupos sociales, pues dan claridad sobre los procesos de mediano y largo alcance en torno a las posibilidades reales de unidad y permanencia de la sociedad, a la vez que, a nivel de los agentes, dibujan un

⁵ La esfera relacional de la labor significa un tiempo donde fluye una serie de formas de acción social a favor del proceso de la vida como continuo biológico-cultural. Dentro de este espacio relacional confluyen y adquieren sentido como elementos fundamentales para garantizar y dar sentido al proceso de la vida, los resultados concretos de otras esferas relacionales como lo son el de la economía (donde se produce valor económico y se genera el intercambio dentro de la institución del mercado) y el de la agencia política (donde se producen una acción social en torno a las relaciones de poder, dominación y autonomía, las relaciones de clase, la ciudadanía como acción en el espacio público dentro de instituciones como el estado nacional y su gobierno) (Arendt, 1993).

horizonte de expectativas de vida; es decir, la experiencia de la salud/enfermedad/atención es la que permite una definición al sujeto de su horizonte vivencial como ser humano activo, incluso como sujeto político; es decir con capacidad de agencia. Define su tiempo y espacio como tránsito, sin lo cual no es posible definir la frontera de la vida y la muerte o espacio temporal de la vida cotidiana como vida activa.

Lo anterior es posible articularlo con el discurso normativo, sobre todo orientado a la elaboración de política pública de los DSS mediante los siguientes principios sociológicos: a) la salud como situación social y como sistema es producto de una estructuración, b) el sentido profundo de la salud se encuentra anclado a las formas de subjetividades, resultado de las acción social (racional normativa y creativa), c) la salud como procesos de estructuración y sistema de acción social supone habilitaciones en torno a la solidaridad y las formas organizativas basadas en la noción de cohesión social (organización para el cuidado); las cuales se desarrollan en un plano inmediato (de la vida cotidiana) y otro en el espacio de lo público (políticas públicas de estado), d) la salud cuando está estructura en contextos de desigualdad-violencia⁶ es un asunto político en donde las categorías de justicia social, control social y autonomía resultan fundamentales en su análisis, incluso en regímenes democráticos.

La situación de salud/enfermedad/atención, al estar fuertemente anclada a la esfera relacional de la labor, produce formas de subjetividad y de racionalidad que terminan por desbordar, incluso, otorga sentido a las esferas relacionales económicas y políticas, dotando de significación y contenido (significante y significado) a los conceptos de pobreza, exclusión, discriminación y explotación económica; también permiten significar a la violencia(s) como límite vivencial o como daño

⁶ Por continuo desigualdad-violencia se entiende los contextos sociales donde las formas de desigualdad social y económicas se encuentran entramadas de forma dialéctica a las formas de violencia(s) y donde este continuo hace que las instituciones sociales se produzcan como contenciones no eficaces al conflicto, a la vez que las instituciones sociales pierden su capacidad de ser soportes institucionales para los menos aventajados de la sociedad (Arzate, 2018).

a la condición humana. No hay hecho social que defina de manera tan clara el continuum desigualdad-violencia como el de salud/enfermedad/atención al determinar de forma dramática el tiempo de la labor como tiempo posiblemente finito: la caducidad.

Si el tiempo de la salud se localiza en el tiempo de la labor, supone una temporalidad esencial por su necesaria urgencia cotidiana; es un tiempo que se suministra en lapsos breves, entre cinco y ocho horas de manera sistemática y cíclica; un tiempo que en términos sociológicos supone tres temas: organización social, gasto de recursos y energías, uso de la cultura entendida como sistemas de identidad-adaptación y sobrevivencia en determinados entornos ecológicos, y capacidades de agencia creativa para hacerle posible como continuidad vital. La salud como proceso sólo termina, para un individuo, al momento de la muerte y, simbólicamente, con su ritual funerario; por lo tanto, como urgencia, siempre se presenta como necesidad fundamental, económicamente hablando, como gasto imperioso.

El continuo salud-enfermedad es un hecho social que, al estar situado en el tiempo de la labor, nunca es definitivo ni mucho menos permanente; más bien, es de carácter cambiante y con una deriva hacia la posible precarización inmediata (el cuerpo humano en unas cuantas horas sin recibir alimentación o de ser infectado por un virus y no recibir medicación correcta puede fallecer); por ello, motivo de preocupación (por ejemplo dentro de las familias), motivo de grandes esfuerzos organizativos, gasto de recursos y uso de diversos conocimientos y saberes. Como supone una lógica progresiva de bienestar, implica, como orden social fundamental: organización.

No se trata de cualquier forma de organización, no es la organización para la producción, ni para la lucha política; sino que es la organización fundada en la solidaridad orgánica; es decir, como resultado de una acción social por y para la cohesión social⁷; en este sentido,

⁷ La solidaridad orgánica es uno de los aspectos centrales de la sociología de Durkheim, y de la sociología como discurso de la modernidad, en la medida que es entendida como como un tipo de moralidad basado en actos reflexivos en relación a un actuar en conjunto; sin esa reflexividad no es posible plantear el bien común, y

toda forma de organización en torno a la salud/enfermedad/atención es fundante: re/generante de lo social. Esta situación hace de la salud-enfermedad uno de los pilares de la constitución de las instituciones sociales, sobre todo de la familia; es decir, su sistema de acción social funciona porque es parte central de las formas de cohesión social. Mantener la salud no es sólo un asunto funcional, sino un asunto fundante de lo social, de primer orden para mantener la unidad de lo social desde su orden más esencial: el mantenimiento de la vida humana como síntesis histórico-social.

4. Principales estructuras sociales que intervienen en los procesos de estructuración de la salud

Los sistemas sociales están conformados por una serie de estructuras o “conjuntos de reglas-recursos que intervienen en la articulación institucional de sistemas sociales” (Giddens, 2003: 215). Las reglas-recursos sirven para la reproducción social, sobre todo, funcionan para orientar la acción social; es decir, los agentes tienen capacidad de discernir tales reglas-recursos. Las estructuras funcionan frente a los agentes bajo la dualidad de constreñimientos/habilitaciones, en donde “una estructura se urde en la misma libertad de acción” por parte de los agentes (Giddens, 2003: 204). La teoría de la estructuración pone especial énfasis en la capacidad de agencia de los sujetos sociales, a la vez que desecha la polémica estructura *vs* sujetos.

Ahora bien, las sociedades como sistemas sociales están constituidas por la interacción de múltiples sistemas sociales; la lógica de estos sistemas intersocietarios, según plantea Giddens, “se pueden estudiar como sistemas de dominación en los términos de relaciones de autonomía y de dependencia que ocurren entre ellas” (Giddens, 2003: 195); es decir, los sistemas sociales no tienen una clausura operacional definida (no son meros conglomerados orgánicos), con lo cual sólo operan como resultado de procesos de autoproducción basados en la

cualquier forma de bienestar, en un mundo que funciona bajo reglas de interacción basadas en el egoísmo económico capitalista o utilitarismo (Joas, 2013).

acción de los agentes reflexivos que les habitan en sus instituciones; este aspecto es uno de los más importantes al momento de pensar en un sistema social en proceso de estructuración frente a otras formas estructurales de la sociedad. Pensamos que no se trata de una explicación lineal o de determinación entre sistema-estructura, sino más bien de procesos en donde hay aperturas operacionales entre sistemas-estructuras: donde hay gatillamientos y co-implicaciones profundas entre sistemas-estructuras: donde hay una maleabilidad intrínseca en los procesos de estructuración: dependencia y autonomía.

Los DSS suponen una serie de estructuras sociales que enmarcan, gatillan, co-implican a la salud como sistema y hecho social; en este sentido identificamos las siguientes estructuras relevantes al momento de hablar de DSS: desigualdades sociales-económicas, formas de violencia(s), desigualdades educativas, políticas públicas sociales y económicas, solidarias (basadas en la cohesión social), de precarización de los diversos géneros (en forma particular el género femenino), de inseguridad alimentaria. En lo siguiente se describe lo fundamental cada una de ellas.

Las desigualdades sociales-económicas son estructuras que generan asimetrías en la distribución de recursos económicos y oportunidades entre las clases sociales, produciendo situaciones diferenciadas de exclusión (situación de cierre social), discriminación (situación de estigma), explotación (expropiación asimétrica de recursos); las desigualdades sociales y económicas en el capitalismo aparecen de manera sistemática y la mayoría de las veces son legitimadas por sistemas de significados culturales y jurídicos, ejerciendo dominación, inclusive utilizando diversas formas de violencia(s). Las desigualdades sociales y económicas operan engranadas y conforman complejos sistemas problemáticos en la vida de los sujetos sociales, grupos raciales y clases sociales (Arzate, 2020). Como resultado de estas desigualdades ocurren fenómenos como la pobreza (suma específica de diversas formas de desigualdad y violencia).

La violencia es toda acción social que vulnera la condición humana; la violencia se produce cuando la acción social trasciende el conflic-

to hacia formas de ruptura de lo social. Las formas de violencia, para nuestros fines, son dos principales: directa y cultural; dentro de cada una de ellas existen múltiples y específicas formas, por ejemplo como parte de la directa está la violencia psicológica y la guerra como una de sus peores manifestaciones; también podemos mencionar las diversas manifestaciones de violencia intrafamiliar; la violencia cultural, es toda aquella que legitima a través de discursos y significaciones imaginarias sociales la violencia directa, la dominación, e incluso, las desigualdades sociales y económicas. Las violencias son estructuras que bordean los estados de derecho democráticos, a la vez que son usadas para la dominación de las poblaciones y personas, son utilizadas legalmente (por los Estados) o de forma ilegal.

Si bien desigualdades sociales-económicas y la(s) violencia(s) son hechos sociales de distinta naturaleza, es posible identificar, una estrecha relación entre ambas, es decir, la desigualdad-violencia aparece en el mundo moderno como un continuo problemático que implica las formas de vulnerabilidad social y económicas; la desigualdad-violencia como continuo problemático no funciona de manera lineal en los procesos de acción social que se desarrollan en la vida cotidiana; es decir, es un sistema de contradicciones, complementariedades, sincronizaciones, reforzamientos, y co-implicaciones que reproducen ese mismo continuo desigualdad-violencia en forma de espira (Arzate, 2018).

Las estructuras de desigualdad educativa son una forma específica de las desigualdades sociales y económicas, tienen como resultado la exclusión educativa, el analfabetismo funcional y hoy en día el analfabetismo digital; este tipo de desigualdades se desarrollan dentro de las instituciones educativas, así como en los procesos de enseñanza-aprendizaje; son relevantes en el mundo moderno ya que la educación, sobre todo la educación media y superior son los principales mecanismos para la movilidad social; además de que una educación de calidad produce ciudadanos en un sentido pleno del término. No se debe olvidar que toda situación de salud supone la existencia de una serie de saberes, conocimientos y tecnologías que en el mundo moderno se aprenden en la escuela.

Las políticas públicas sociales son todas aquellas intervenciones en lo social desde el estado democrático⁸, constituyen estructuras relevantes por su presencia a nivel del territorio (muchos programas sociales, por ejemplo, se encuentran densificados en el territorio); para el caso que nos ocupa son relevantes las políticas compensatorias en cualquiera de sus modalidades (incluidos los programas de transferencias condicionadas), es especial políticas y sus programas cuyo objetivo es la lucha contra la(s) pobreza(s) (educativa, alimentaria, económica). Políticas que se organizan bajo el principio sociológico de asistencia estructural (Simmel, 2011); es decir, sin la intervención del Estado la pobreza puede generar disfuncionalidades sociales inaceptables. En las democracias modernas latinoamericanas estas acciones gubernamentales se conducen, en teoría, bajo el principio de los derechos sociales, y son una de las principales acciones que dan sentido a la democracia como régimen político que busca como fin último el bienestar de los ciudadanos⁹.

Los programas sociales son organizaciones que intervienen en lo social, adquiriendo la forma de dispositivos, por lo que su actuar supone la generación de formas de agencia política (los cuales pueden producir relaciones clientelares/dominación o ciudadanas/autonomía) y por lo tanto producen acción social en torno a la dominación y/o autonomía de las poblaciones atendidas.

⁸ En este trabajo partimos del ideal político de una democracia como un sistema social político bifronte, o sea, que garantiza los derechos políticos y sociales de sus ciudadanos, en donde los ciudadanos tienen plena agencia política. Lo contrario a este modelo social y político sería la democracia de baja intensidad: donde se reduce a los ciudadanos a la condición de idiotai o idiocracia ciudadana (Martínez, 2019).

⁹ La condición ciudadana tiene que ver con la capacidad de agencia de los ciudadanos, la cual les permite actuar en el espacio de lo público realizando y exigiendo sus derechos ciudadanos, así como asumiendo compromisos que tal condición les impone. La condición de ciudadanía implica una conciencia reflexiva y una ética del bien común fundada en una actitud cívica. La condición ciudadana plena ha sido llamada ciudadanía activa, o sea, lo contrario sería una situación de pérdida de agencia (ciudadanía de baja intensidad) y la sumisión al poder (dominación).

Las estructuras solidarias o de cohesión social, siguiendo el argumento de Durkheim como la capacidad reguladora de la sociedad; es decir, toda acción reflexiva solidaria en el mundo moderno no es más que una regulación entre moralidad cooperativa y culto al individuo que sucede por el mecanismo de división del trabajo (Vázquez, 2008). Cabe resaltar que la moralidad moderna de inspiración Durkheimiana supone organización social tendiente a la producción de formas de solidaridad orgánicas; es decir, a la solidaridad fundada en la condición de individuación de los sujetos sociales, construida a partir de una racionalidad e ideología del bien común. Sin la construcción de procesos de cohesión social no es imposible la producción de formas de bienestar de manera democrática, es decir, dentro de una lógica política de autonomía¹⁰, esto en la medida que la cohesión social se funda en procesos reflexivos en torno al bien común, el cuidado y en general el mantenimiento del proceso de la vida en un sentido amplio.

Las estructuras de precarización/dominación de los diversos géneros no masculinos: género femenino y colectivo LGBTIQ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y *queer*) son estructuras que sostienen diversas formas de desigualdad-violencia hacia la diversidad sexual y formas culturales no patriarcales. Las estructuras de dominación/explotación hacia la mujer se encuentran sostenidas por una cultura patriarcal que agrede, discrimina y estigmatiza a la mujer, y que la mantiene en un segundo plano en relación con el hombre, quien se instaure en posiciones de dominación y autoridad frente a la mujer en todos los ámbitos de la vida. En los grupos sociales menos favorecidos, la precarización de la mujer es más agresiva, siendo la condición de pobreza la situación estructural que le enmarca y le reproduce de manera sistemática (feminización de la pobreza).

¹⁰ El concepto de autonomía en el mundo moderno tiene un cruce de sentido con el de cohesión social; es particularmente interesante la concepción de autonomía de Cornelius Castoriadis para quien un “ser” autónomo es capaz de darse a sí mismo de manera reflexiva: un “ser” que puede enjuiciar de manera crítica en todo momento las leyes que le determinan y de esta manera modificarlas (Ibañez, 2019).

La seguridad alimentaria es toda condición de vulnerabilidad alimentaria producida por la falta de ingresos para la compra de alimentos, el desabasto de alimentos y el mal manejo y uso de los mismos. La inseguridad alimentaria supone una serie de cadenas de hechos sociales económicos y culturales que son en sí mismas estructuras que posibilitan o no la realización de la alimentación en las sociedades contemporáneas, que desembocan en la pobreza alimentaria y sus consecuencias en términos de enfermedades como la desnutrición u obesidad en niños, mujeres y adultos mayores. La inseguridad alimentaria y su resultado como pobreza alimentaria o situación de hambre es un determinante fundamental para la salud de las poblaciones menos aventajadas del campo y la ciudad.

El tiempo social y biológico de la salud es el tiempo de lo frágil, más en situaciones de pobreza extrema, por ejemplo; también de lo predecible y racionalmente controlable. Los actos controlados y racionales que ocurren en torno a la salud subyacen en el entramado de significaciones imaginarias sociales que conforman la cultura de una sociedad, en particular en lo que se refiere a la cultura alimentaria, base biológica de la salud.

5. Los DSS como conocimiento necesario para una vigilancia preventiva de la salud

Una parte relevante del discurso de los DSS es su postura preventiva hacia la enfermedad, poniendo énfasis en el papel de las políticas públicas de salud; donde el estado democrático asume tal labor preventiva desde una perspectiva médica y de trabajo social. Las sociedades modernas liberales y democráticas tienen como sinónimo de bienestar a la salud, la cual es vista como meta y resultado de su actuar, cuyo indicador de llegada fundamental es el de años promedio de vida (como bien se usa en el caso del Índice de Desarrollo Humano del PNUD). No está de más recordar que son las políticas públicas las encargadas de buscar la salud de sus ciudadanos a través de diversas intervenciones, no sólo en el campo de la salud sino a través de la política social y económica, por

ejemplo, implementando políticas virtuosas de salarios, lucha contra la pobreza o construyendo poderosos Estados de bienestar, como en el caso de los países de la Unión Europea.

En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) ha plasmado los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y, en el tercer objetivo, se alude a la “Salud y Bienestar”, con la finalidad de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades”; para llevarlo a cabo, la estrategia de acción radica en reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT mediante su prevención y tratamiento, lo que para el año 2030 significaría: a) haber reducido los factores de riesgo asociados a las enfermedades, b) haber invertido en una mejor gestión, que incluya detección y tratamiento, así como cuidados paliativos y c) la aplicación de un enfoque integral sectorial, no sólo de salud.

Dentro de este esquema internacional de política pública de salud, México se ha adherido a los Pactos Internacionales de la Organización de las Naciones Unidas que se enmarcan dentro de la Organización Mundial de la Salud, donde la salud dentro de un marco de derechos es entendida como el disfrute del bienestar físico, mental y social, por tanto, el Estado mexicano se compromete a que la salud sea un bien público. Por esto, México asumió desde 1984, a partir de la Ley General de Salud, el derecho a la protección en salud como parte integral del desarrollo del ser humano y de la sociedad (Mendoza, Rangel, Picazzo y Cantú, 2020).

Nada más valioso para una sociedad e individuo que una situación de salud; nada más complicado que una situación de enfermedad para una sociedad, la cual, como en el caso de una pandemia, puede llevar al colapso de las estructuras económicas y sociales de una nación. De esta manera la salud como situación es un activo que se debe resguardar en toda sociedad, de forma inicial, y esto en todas las sociedades históricas, por la familia y la comunidad. Es de esta forma que las políticas públicas de salud, y en general de bienestar, buscan en última instancia situaciones de salud y su mantenimiento a través del tiempo.

En este punto, enfatizamos en que la perspectiva de los DSS, en tanto que conocimiento en torno a la producción sistémica de la salud, resulta fundamental para comprender las situaciones de salud/enfermedad/atención situada en su tiempo histórico-social, donde el agente tiene un papel fundamental en los procesos de producción de la salud; se trata de un agente situado en la doble estructuración; entre las estructuras y las instituciones. Llegado a este aspecto, la noción de justicia social se muestra con un sentido distinto, al adquirir un contenido normativo centrado en el conocimiento de las estructuras de desigualdad y violencia que estructuran la salud como situación social, la justicia social se convierte en un imperativo centrado en la necesidad de continuidad de la vida. De modo que la salud significa situaciones concretas de exclusión, explotación y discriminación encarnadas en el individuo y en su estadio de salud/enfermedad/atención, como dato sistémico, pero además como situación que contribuye en sí misma a la unidad de lo social, a la vez que produce subjetividades respecto al horizonte de vida de los agentes, es decir, sentidos reinterpretados de lo social como tiempo vital y colectivo posible.

Conclusiones

Una fundamentación de naturaleza sociológica a la perspectiva de los DSS permite una mejor comprensión de su sentido general (la comprensión sistémica de la salud), así como ayuda a que la perspectiva pueda generar conocimiento sociológico de los procesos de construcción social de la salud desde la perspectiva de los agentes situados en sus contextos de desigualdad-violencia específicos; es decir, la perspectiva adquiere una relevancia formidable como instrumento de conocimiento y, por ello, como herramienta para la construcción de políticas públicas de salud democráticas y, marcadamente, ciudadanas; es decir, en donde la ciudadanía signifique la existencia de una capacidad de agencia en torno al problema de la salud/enfermedad/atención.

Reconocer las diferentes estructuras mencionadas que moldean, gatillan y dan sentido a la salud/enfermedad/atención, conlleva a ubicar diferentes niveles de análisis del mencionado proceso como un con-

tinuo social de estructuración: en el personal-individual (micro social), en el del hogar y en el comunitario/colectivo (meso social), y estructural (macro social). En estos niveles de análisis es importante comprender los procesos de cohesión social como ejes articuladores de sentido al pensar en términos de salud/enfermedad/atención.

Lo anterior coincide y da sustento, en lo general, a la propuesta de la medicina social y salud colectiva denominada como Determinación Social de la Salud, donde los procesos estructurales dinámicos, complejos y multidimensionales se fundamentan en su carácter biológico, histórico y social. Por esto, pensar en la salud desde esta perspectiva, es estar convencidos en la multidimensionalidad del problema, a la vez que se reconoce la acción social racional normativa y creativa de los agentes en la producción de la salud/enfermedad/atención como algo fundamental para generar conocimiento sobre el tema.

En sociedades democráticas, donde la salud es sinónimo de bienestar, resulta relevante incorporar la idea de la ciudadanía como agencia reflexiva para acceder al bien común; es decir, donde las personas se reconocen como los agentes que estructuran sus diferentes estrategias y fuerzas sociales, en consonancia con las instituciones que dan marco a su quehacer cotidiano, para lograr sistemas de relaciones salud/enfermedad/atención virtuosos.

La perspectiva de DSS, centrada en la capacidad de agencia de los sujetos sociales, sugiere que las políticas públicas elaboradas bajo esta perspectiva deben de contemplar de manera central en su diseño, operación y evaluación la participación de los ciudadanos, en tanto que agentes plenos, autónomos y críticos de su entorno social y económico; esto supone pensar todo proceso de salud/enfermedad/atención como un evento político de primer orden para las democracias modernas: la enfermedad no es una anomia social o una anomalía biológica; es una estructuración como situación y como proceso en el tiempo de la labor, como producto de la acción social con solución posible. Por ello, se trata de un tiempo de lo social significativo para la continuidad de la vida y la unidad de lo social, cuyo orden normativo es la conciencia del bien común o nueva moral basada en la solidaridad orgánica reflexiva de Durkheim.

Bibliografía

- Arendt, Hannah** (1993). *La condición humana*. Paidós: España.
- Arzate Salgado, Jorge** (2018). “Desigualdad-violencia como continuo problemático”, en: *Revista de Cultura de Paz*, Núm. 2, Revista online de la Cátedra UNESCO de Cultura para la Paz de la Universidad Técnica Particular: Loja, Ecuador.
- Arzate Salgado, Jorge** (2020). “Desigualdades Sociales”, en: Herrera Tapia, Francisco y Estrada Rodríguez, José Luis (Coordinadores) *Vocabulario de la sociedad civil. La ruralidad y los movimientos sociales en América Latina*. Editorial MNEMOSYNE: Argentina.
- Castro, Roberto** (2011). *Teoría social y salud*. Argentina: Editorial/CRIM/UNA .
- Giddens, Anthony** (2003). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ibáñez, Tomas** (2019). *Contra la dominación. En Compañía de Castoriadis, Foucault, Rorty y Serres*. Gedisa Editorial: España.
- Joas, Hans** (2013). *La creatividad de la acción*. España: CIS.
- Martínez, Javier** (2019). *Espesuras. Esbozos de ética en tiempos de transición*. Maia Ediciones: Madrid.
- Mendoza, L., Rangel, J.M., Cantú, P. y Picazzo, E.** (2020). *El derecho en la protección de la salud en Nuevo León*, en Martínez, María Luisa y Esteban Picazzo (Coords.) *Visiones del desarrollo sustentable en Nuevo León*. México: Editorial Pearson-UANL. Pp. 182-201
- Organización Mundial de la Salud (OMS)**. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: OMS/Ediciones Journal, S.A.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)**. (2018). *Enfermedades No Transmisibles*. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-rooms/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>
- Peñaranda, F. y Rendón, C.** (2013). *Determinismo-indeterminación y el debate de los determinantes-determinación social de la salud*, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31 Pp. 47-64.
- Simmel, Georg** (2011). *El pobre*. Sequitur: España.
- Vázquez, Juan Pablo** (2008). *Autoridad moral y autonomía. Una relectura del pensamiento sociológico de Émile Durkheim*. Universidad Iberoamericana