

# **Cuidar-cuidarme: pensar el cuidado en las enfermedades crónico-degenerativas**

*Verónica Gil Montes\**

*Pero hagamos un trato, yo quisiera contar con usted. Es tan lindo saber que usted existe uno se siente vivo y cuando digo esto quiero decir contar aunque sea hasta dos aunque sea hasta cinco no para que acuda presurosa en mi auxilio sino para saber a ciencia cierta que usted sabe que puede contar conmigo.*

Mario Benedetti

## *Resumen*

El presente artículo tiene como finalidad reflexionar en relación con la incorporación del tema sobre el cuidado en los procesos de salud-enfermedad, en especial en las enfermedades crónico-degenerativas; se realiza un breve panorama de las condiciones sociales y de salud por las cuales las enfermedades crónico-degenerativas son ya un problema de salud pública en nuestro país, además de un acercamiento a los primeros antecedentes de cómo se ha construido la mirada sobre el cuidado en diversos procesos sociales y así abrir un espacio de reflexión que permita pensar los procesos de salud-enfermedad a la luz no sólo de la atención sino también del cuidado.

*Palabras clave:* enfermedades crónico-degenerativas, proceso salud-enfermedad, medicalización, cuidado.

\* Doctorado en Ciencias Sociales. Profesora-investigadora del Departamento de Política y Cultura, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Correo electrónico: [vgil@correo.xoc.uam.mx].

*Abstract*

The purpose of this article is to reflect on the incorporation of the topic of health care-disease processes, especially in chronic degenerative diseases; A brief overview of the social and health conditions for which chronic degenerative diseases are already a public health problem in our country, in addition to an approach to the first antecedents of how the outlook on care has been built in various social processes and reflect on to think about health-disease processes and health care.

*Keywords:* chronic degeneratives diseases, health-disease process, medicalization, care.

Cada sociedad construye sus referentes sobre la salud y la enfermedad en función de diversos factores sociales, culturales, históricos, políticos o económicos; en los espacios urbanos industrializados se ha construido la noción de la salud a partir de una mirada hegemónica, la cual prioriza la producción y mercantilización de bienes de consumo y bienes sociales. Aquello que se entiende, se piensa o se vive por salud se ha normado por instancias que han pretendido generalizar dicha noción; por ejemplo, en los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>1</sup> ¿Quién tiene un estado completo de bienestar físico, mental y social? Estas formas de definir a la salud se han estructurado en función de aquellos países con mayor capacidad económica, ocasionando que en países con más problemas sociales y económicos se establezca una serie de políticas públicas que han ocasionado un desequilibrio sobre la atención de la salud; la instrumentación de estas políticas ha generado a lo lar-

<sup>1</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. [[www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions](http://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions)].

go del tiempo diversos significados alrededor de la salud totalmente descontextualizados del hacer cotidiano de los sujetos, ya que a través de estas políticas se ha puesto énfasis en la salud como un factor de producción y permanencia en el sector económico. En los años ochenta se implementó en nuestro país el modelo económico neoliberal, una de las consecuencias del establecimiento de este modelo fue que el Estado paulatinamente recortó su gasto en salud; este tipo de acciones gubernamentales se cristalizaron a partir del Informe sobre el Desarrollo Mundial presentado en 1993 por el Banco Mundial (BM). En este informe se establece que la salud pertenece al ámbito de lo privado y los Estados-gobiernos se deben ocupar del rubro cuando los privados no quieran o no puedan resolver problemas en relación con ella; además, manifiesta que el principal responsable de la salud es el individuo y el grupo familiar, quienes deben adaptar sus formas de vida a conductas saludables y resolver sus necesidades adquiriendo los servicios médicos necesarios en el mercado (cfr. Laurell, 1995: 12).

A partir del recorte en el rubro de salud, poco a poco se ha forzado a la población a realizar los llamados “gastos de bolsillo”, ya que son los ciudadanos quienes se encargan de pagar por los servicios de salud y sus medicamentos; un ejemplo claro al respecto son los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas (CMAF); la población usuaria de estos servicios también son clientes cautivos de las farmacias, estas prácticas han producido con el transcurso del tiempo un sistema mercantil sobre la salud. Como consecuencia de más de treinta años de una política de adelgazamiento del Estado, encontramos que en nuestras sociedades “modernas” la salud es una construcción económica, una posesión a la cual gran parte de la población no tiene derecho. Se debe señalar también que este carácter de mercancía que ha adquirido la salud, ha sido reforzado a través de los medios masivos de comunicación, los cuales publicitan una “idea sobre la salud” en función de todo aquello que te pueda mantener delgado, ágil y joven; es decir, se es saludable “si te ves bien”, si estás delgado, si tienes la capacidad de producir, etcétera, pero realmente, ¿se puede pensar en la salud como la ausencia to-

tal de la enfermedad o tener una apariencia delgada y juvenil? Bajo esta lógica se nos enseña que la salud es la ausencia de enfermedad, por lo tanto sólo se acude al médico *si te duele algo, si no funcionas adecuadamente o si necesitas algún medicamento*; éstas son las formas de atención que se replican en las instituciones encargadas del sector salud, mismas que impactan de forma directa en la manera en que significamos nuestra salud.

Reflexionar sobre los temas en salud nos obliga a pensar sobre las formas en que vivimos, en que nos enfermamos y en que nos curamos; la salud es un proceso colectivo, que si bien se presenta en cada sujeto, se construye a partir de distintos referentes sociales, los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado se derivan de la experiencia, de la manera en que cada sujeto se apropia desde su singularidad de los referentes colectivos que permiten construir su hacer-ser cotidiano, lo cual deriva en múltiples aprendizajes. Es entonces que a partir de las prácticas cotidianas construimos, vivimos lo que en nuestros referentes socioculturales entendemos por “salud”. En el contexto de la actual crisis sanitaria a escala mundial, las reflexiones alrededor de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado son obligadas, ya que permiten construir no sólo aproximaciones a la salud o a la enfermedad, sino entender el desarrollo de los procesos salud-enfermedad como una parte indispensable del quehacer cotidiano.

El 30 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General (CSG) declaró la emergencia sanitaria nacional por la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 –el cual provoca la enfermedad conocida como Covid-19– y estableció diversas medidas sanitarias, en las que se destacó la suspensión de actividades esenciales del 30 de marzo al 30 de abril del 2020, si bien el periodo de suspensión de actividades se ha prolongado por más de un año. No obstante, gradualmente se ha regresado a diversas actividades con el fin de recuperar la actividad económica y social, pero todavía, hasta el día de hoy, existen restricciones en el aforo a espacios cerrados y se recomienda no realizar reuniones y seguir utilizando el cubrebocas, gel-alcohol y guardar la sana distancia.

La pandemia por Covid-19 ha afectado a nuestra sociedad en diversos niveles –políticos, económicos, sociales, afectivos– y ha puesto de manifiesto los problemas estructurales en el Sistema de Salud Mexicano, además de visibilizar los problemas de salud ya existentes en la población mexicana, mismos que se han generado a lo largo de más de treinta años. El indicador por excelencia de lo que ha representado la enfermedad de Covid-19 es el número de defunciones registradas: hasta el 29 de septiembre de 2021, en el Informe Técnico Diario Covid-19 de la Secretaría de Salud, se habían reportado 276 376 lamentables defunciones causadas por Covid-19.

Muchas de estas muertes se han relacionado con problemas de salud ocasionados por las llamadas “enfermedades crónico-degenerativas”, como obesidad, diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares y cáncer. El Centro de Investigaciones en Geografía Ambiental de la Universidad Nacional Autónoma de México (CIGA-UNAM) informó en su última actualización del 28 de abril del 2021, que las muertes por la enfermedad de Covid-19 a nivel nacional se distribuyeron de la siguiente manera: 43% de los casos padecía hipertensión, 37% diabetes, 25% obesidad, 8% tabaquismo y sólo 27% de las defunciones no tenía ningún padecimiento.<sup>2</sup> Y en la Ciudad de México, el director de la Agencia Digital de Innovación Pública (ADIP) capitalina, Eduardo Clark, señaló que 60% de personas fallecidas por Covid-19 padecía de al menos una comorbilidad, ya sea diabetes, hipertensión u obesidad (Cruz, 2021).

La Organización Mundial de la Salud determina que las enfermedades crónicas son “*enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta* y se pueden clasificar como enfermedades crónicas los siguientes padecimientos: cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes, enfermedades del corazón” (OMS, 2020).

El discurso oficial construido alrededor de los padecimientos crónico-degenerativos señala que las causas de estas enfermedades se atribuyen a diversos factores de riesgo, como la mala alimentación,

<sup>2</sup> Véase [<https://covid19.ciga.unam.mx/apps/covid-19-comorbilidades-por-estados/explore>].

la vida sedentaria y el estrés;<sup>3</sup> si bien éstos son factores importantes de tomar en cuenta, se debe hacer notar que ante esta perspectiva la enfermedad se piensa como un padecimiento singular, ya que los factores de riesgo son atribuidos a modos de vida individuales, y por consecuencia, estos padecimientos son “culpa de quien los padece”. Así, se deja de lado una visión colectiva del desarrollo de los procesos de salud/enfermedad, porque si bien hay diversas investigaciones sobre los factores de riesgos para el desarrollo de las mismas, poco se ha estudiado el contexto social, económico y político de la población que desarrolla este tipo de enfermedades.

Lo expuesto con anterioridad ha tomado mayor relevancia en el contexto de la pandemia que actualmente padecemos; al inicio de la misma, a través del reporte técnico en nuestro país observamos que la mayoría de las defunciones reportadas estaban asociadas a un padecimiento de alguna enfermedad crónico-degenerativa y en muchas ocasiones quien padecía alguna de estas enfermedades no conocía de su situación de salud, o no tenía un adecuado tratamiento; a lo largo del desarrollo de la pandemia se ha observado que el incremento de padecer Covid-19 grave está vinculado con el padecimiento de alguna enfermedad crónico-degenerativa sin un tratamiento adecuado.

Es importante tener en cuenta que hay diversos factores asociados a las enfermedades crónico-degenerativas, mismos que han estado presentes en nuestro país por lo menos hace cuarenta años, resultado de una estructura política, económica y social construida desde una visión de modernidad y progreso. Hasta este momento no se ha atendido realmente el problema tan complejo que junto con la pandemia de Covid-19 ha cobrado la muerte de miles de personas; un dato importante es que la media de edad de muerte derivada de la pandemia en nuestro país es de 55 años, mientras que en países europeos es de 75 años.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Véanse algunas publicaciones como: Plasencia-Urizarri *et al.* (2020); Arenas Montañó *et al.* (2008: 16-21); Barba Evia (2018: 4-17); González Caamaño A. *et al.* (1986: 3-13).

<sup>4</sup> Dato obtenido de la comparecencia ante el Senado de la República del doctor Hugo López Gatell el 12 de octubre del 2020.

Según un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) presentado el 8 de enero del 2020, titulado “La pesada carga de la obesidad: la economía de la prevención”, 73% de la población mexicana padece sobrepeso y 34% de esta población sufre obesidad mórbida; según las proyecciones de esta organización, la esperanza de vida en México se reducirá a más de cuatro años en los próximos treinta años. Si bien el dato por sí es un indicador importante, se recomienda establecer políticas públicas que tengan por objetivo incluir el etiquetado calórico en los productos alimenticios, realizar programas de actividad física y de bienestar en los centros de trabajo, además de establecer una dieta sana, sin exceso de calorías; es decir, se considera una serie de medidas de carácter económico, pero no se observa una preocupación por pensar en el proceso salud/enfermedad de manera colectiva.

## **Pensar los procesos de salud-enfermedad**

Es importante hacer hincapié en que en toda las sociedades los procesos de salud-enfermedad se construyen a partir de diversos factores sociales, culturales, históricos, políticos y económicos; y depende mucho de los saberes adquiridos a través de las prácticas socioculturales como se pueden vivir estos procesos. Hay tres factores indispensables a tomar en cuenta para poder entender cómo las enfermedades crónico-degenerativas se han incorporado en la vida de millones de mexicanos, a saber: la cultura alimentaria, el diagnóstico y la medicalización.

### *La cultura alimentaria: imaginario colectivo sobre la comida*

Son tres los momentos en la historia alimentaria de México que han contribuido a modificar las maneras que tenemos de comer; el primero, la introducción de la Coca-Cola, bebida azucarada y gaseosa que llega a nuestro país en 1926 y a la Ciudad de México en 1929.

En 1960 alcanza un gran nivel de popularidad a la par de los acontecimientos mundiales. El segundo momento es el establecimiento también de un ícono de la comida rápida: McDonald's; en México, el primer restaurante de este tipo de comida fue inaugurado el 29 de octubre de 1985, y como consecuencia de esto, desde hace 35 años se ha implementado una forma distinta de comer en nuestro país. Y un tercer momento, en 1994, es la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), donde el consumo de productos como el jarabe de maíz, azúcar, soya, alimentos con exceso de calorías permitió la creación de un ambiente obesogénico (Gómez y Vélazquez, 2019: 5).

Los tres momentos señalados en la historia alimenticia de nuestro país permitieron la aparición de una industria que estableció modelos de vida aspiracionales mediante agresivas campañas de publicidad; estos nuevos estilos de consumo se fueron instituyendo en la cotidianidad de los mexicanos sin ser regulados por ninguna autoridad sanitaria, política o económica y, así, paulatinamente se incorporaron a la dieta mexicana.

Si bien no son productos baratos, su consumo se explica, primero, por lo que representan: son “modernos y divertidos”, y en muchos casos se consumen bajo la lógica de la convivencia familiar del fin de semana; y segundo, tienen una serie de ingredientes que pueden ser bastante agradables al consumo (exceso de grasa o azúcares). De esta manera, se produjo una cultura alimentaria en la cual “lo rápido”, “lo moderno”, “lo divertido” constituyeron una nueva manera de relación con la comida. Se construyó un entramado que permitió la circulación de valores y símbolos produciendo un imaginario social respecto de este tipo de cultura alimentaria, encarnando las significaciones imaginarias sociales que permitieron establecer y dar sentido a esta nueva relación con los alimentos rápidos.

Las significaciones imaginarias sociales están en y por las “cosas” —objetos e individuos que los exhiban y los figuren, directa o indirectamente, inmediata o mediatamente—. Sólo pueden tener existencia mediante su “en-carnación”, su “inscripción”, su presentación y figuración en y por una red de individuos y objetos que ellas “informan”



—que son a la vez identidades concretas e instancias o ejemplares tipos, *eidé*—, individuos y objetos que en general sólo son y sólo son lo que son a través de estas significaciones (Castoriadis, 1989: 107).

Estas significaciones imaginarias sociales sobre los alimentos han producido una relación distinta con las maneras de consumirlos, del tipo de alimento y el lugar donde se consume, estableciendo de este modo una cultura alimenticia que se construye a través de la publicidad y la mercantilización. Se organiza así una red simbólica que permite elaborar un sentido de pertenencia a la modernidad que se simboliza y adquiere valor a través de lo *rápido*, *individual* y *efímero*.

### *El diagnóstico*<sup>5</sup>

¿Qué se entiende y cómo se atiende el diagnóstico? El conocimiento que se padece de alguna enfermedad en general sucede por dos motivos: existe alguna molestia en el cuerpo o de manera fortuita se realizó una revisión de rutina y se detectó alguna de las enfermedades ya mencionadas; este primer acercamiento a la enfermedad representa por lo general confusión y poca atención del paciente que es diagnosticado. El primer acercamiento a una enfermedad crónico-degenerativa debería implicar una reflexión profunda sobre la relación con uno mismo y con los otros, así como abrir las posibilidades de construir espacios de aprendizajes continuos; pero como hay muchos prejuicios y estigmas alrededor de estos padecimientos, por lo general se piensa en la muerte y en las diversas prohibiciones que conlleva esta nueva situación de salud, como puede ser no fumar, no beber, no comer, no desvelarse, etcétera; en fin, una serie de “NOS” que el médico tratante se encarga de reforzar.

En ocasiones se observa que en el primer diagnóstico los padecimientos crónico-degenerativos están muy lejos de permitir establecer un proceso de salud-enfermedad de dichos padecimientos; así,

<sup>5</sup> Este tipo de aseveraciones se derivan del trabajo de intervención realizado sobre el tema: entrevistas a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Para abundar sobre el tema véase Gil Montes (2017 y 2018).

en este primer acercamiento no se construye una relación de escucha y entendimiento con lo que pasa con el cuerpo-enfermo, ni con las emociones que se convocan con la experiencia de la enfermedad. Por lo general, tiene que pasar algún tiempo para que esta primera aproximación se resignifique y se pueda comprender.

Las enfermedades crónico-degenerativas se establecen como un círculo no virtuoso, el cual empieza con el diagnóstico, mismo que no siempre es “atendido” y “escuchado” por el paciente y quien confiere todo su tratamiento, cuidado y salud al médico. Se piensa que la enfermedad es responsabilidad de quien la padece, y se establece un proceso de estigmatización sobre los “enfermos” bajo la lógica de la prohibición: lo que no se puede hacer, lo que no se puede comer, iniciado el tratamiento médico. Esta lógica de tratamiento sobre las enfermedades, que no sobre los procesos de salud-enfermedad, conlleva mantener un modelo médico hegemónico que se instala en los sujetos a partir del diagnóstico y se cristaliza con la medicación.

Como ya se mencionó, cuando se habla de factores de riesgo atribuidos al desarrollo de las enfermedades se piensa que el enfermo es responsable de su padecimiento, y en general la carga de la enfermedad debe ser asumida a través del tratamiento médico, el cual se establece a partir de estándares generalizados de cuadros clínicos, asumiendo que el medicamento podrá controlar la enfermedad, sin pensar en el proceso salud-enfermedad.

### *La medicación*

En su libro *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Iván Illich (1975) menciona que la medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. En su obra, Illich expone cómo a través de esta institucionalización de la salud en las esferas clínicas, social y cultural se ha producido la medicación de la vida. El saber médico-técnico se extiende a diversas esferas de la sociedad, con lo cual se produce un modelo de consumo de sustancias y técnicas que tienen como fin controlar la enfermedad, construyendo

de esta manera un hacer-saber médico ante diversas situaciones cotidianas. Con lo que respecta a las enfermedades crónico-degenerativas, podemos observar una medicación de la enfermedad. El saber técnico-médico se constituye en “la forma de tratamiento adecuada” para confrontar a la enfermedad, y la relación médico-paciente se centra en la medicación, y en muchas ocasiones se establece una hipermedicalización de la enfermedad: a menor control de los síntomas de la enfermedad, mayor consumo de medicamento, estableciéndose así lo que Iván Illich ha llamado la “iatrogénesis de la medicina”; es decir, la forma en que se maneja clínicamente la enfermedad:

En esa sociedad súper industrializada, la gente está condicionada para obtener cosas y no para hacerlas. Desea ser enseñada, movida, tratada o guiada en lugar de aprender, curar y aprender su propio camino. El uso transitivo del verbo *curar* es el que prevalece. *Curar* deja de considerarse la actividad del enfermo y pasa cada vez más a ser el deber del médico (1975: 77).

De esta manera, observamos cómo la disciplina médica se fue alejando de los planteamientos originales del saber médico y poco a poco se construyeron formas de atención menos preocupadas por el enfermo y más por la enfermedad; el sujeto-enfermo es la enfermedad-objeto, se establece como un espacio de intervención racional y tecnológico, negando la experiencia y los procesos de autonomía de los sujetos. La atención médica establece “la cura” en función de silenciar síntomas, no se construye un conocimiento verdadero sobre el proceso de salud-enfermedad en el cual se pueda optar por el restablecimiento de la salud, un proceso de sanación; recordemos que “sanar” deriva del latín *sanare*: restaurar la salud.

### *De la atención al cuidado*

El contexto planteado sobre la alimentación, el diagnóstico y la medicación permite reflexionar cómo se realizan las aproximaciones en general a esta forma de estar “sano-enfermo”; es importante com-

prender la relación salud-enfermedad y de esta manera poder tener acceso a mejores manejos de los padecimientos en general y de los crónicos degenerativos en particular.

La escuela de medicina social latinoamericana se desarrolló a partir de los años sesenta a través de grupos académicos y de investigación que establecieron vínculos estrechos y de participación con movimientos sociales, de trabajadores y de estudiantes; el énfasis de esta escuela era cuestionar el deterioro del sistema de salud pública producto de un sistema económico desarrollista, con el cual poco a poco se ponía de lado el sistema del Estado de bienestar (cfr. Iriart *et al.*, 2002: 129).

La medicina social latinoamericana es una de las escuelas que ha generado un sinnúmero de trabajos para entender el campo médico, el de la salud y el llamado “proceso salud-enfermedad”, o “salud-enfermedad-atención”; las investigaciones presentadas desde esta perspectiva han aportado saberes específicos a la visión del campo de la salud, ya que se han estudiado distintas experiencias en salud a escala micro-social, así como las estructuras culturales que nos permiten entender los procesos de salud-enfermedad-atención (SEA). La medicina social latinoamericana ha contribuido en la construcción de un *corpus* teórico básico para comprender el campo de la salud, atendiendo el contexto cultural, el espacio histórico y poniendo énfasis en los sujetos como actores y productores de su salud.

En México, dos autores han puesto en el centro de la discusión los padecimientos como un proceso de salud-enfermedad. Asa Cristina Laurell, con su artículo “La salud-enfermedad como proceso social” (1982), reflexiona sobre estos procesos de salud-enfermedad en los contextos sociales, históricos y colectivos; por su parte, Eduardo Menéndez (1988) ha propuesto algunos conceptos que permiten comprender el campo de la salud en un contexto cultural, uno de estos conceptos es el modelo médico hegemónico (MMH), el cual fue clave para entender cómo se ha ido construyendo una forma de atención hegemónica sobre la salud, desplazando las formas tradicionales de sanación y estableciendo el saber *científico*. Por otra parte, el concepto de *proceso salud-enfermedad-atención* permite

analizar en los espacios de la vida cotidiana las formas en que los sujetos significan, viven y atienden su salud-enfermedad.

Esta escuela ha profundizado en la conceptualización de la salud como un proceso en el cual el sujeto desarrolla un papel importante en la forma en que se vive saludable o enfermo y se considera como un primer nivel de atención la manera en que las personas atienden en sus prácticas cotidianas su enfermedad. Es por eso que al referirse a la salud, se hace hincapié en un proceso (salud-enfermedad-atención) que se gesta y reproduce en un espacio sociocultural y económico temporal e histórico.

Con el paso del tiempo el tema sobre el cuidado ha tenido más relevancia en América Latina; en un artículo titulado “Del proceso de salud-enfermedad-atención al proceso salud-enfermedad-cuidado: elementos para su conceptualización”, Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) rastrean el uso de la noción de “cuidado” en la disciplina médica latinoamericana; observan cómo dicha noción se utiliza ya sea como sinónimo de atención o como referencia propia a las actividades de la enfermería, y en ocasiones se vincula con la relación afectiva del tratamiento médico. Se puede observar cómo el “cuidado” es una noción borrosa y poco clara; en el mismo artículo se hace mención a David A. Tejeda de Rivero quien refiere una diferencia importante en relación con la atención y el cuidado:

En cuanto a la “atención”, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (care), y no “atención”. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos (en Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014: 220).

Este planteamiento es más cercano a lo que me interesa exponer en relación con el cuidado de las enfermedades crónico-degenera-

tivas; ya que el cuidado es una noción relativamente nueva en el campo de la salud, es importante tener claro que empezó a tener visibilidad en las luchas feministas de los años sesenta y setenta del siglo xx. La visibilidad por el tema de los cuidados se establece a partir de las discusiones entre el trabajo doméstico y el trabajo reproductivo. Las acciones de movimientos como las *Welfare Mothers* en Estados Unidos, quienes se organizaron para exigir un sueldo al Estado por el trabajo que suponía criar a sus hijos (cfr. Carmona, 2019: 108), colocó el tema del cuidado en la esfera pública, y se observó la importancia de la retribución de un trabajo no reconocido alrededor del cual se podrían construir políticas públicas.

Autores como Heidegger, que en 1927 publicó *Ser y tiempo*, o Michel Foucault, quien en 1982 impartió un curso en el Collège de France sobre hermenéutica del sujeto, publicado tiempo después en 2005, han trabajado la noción del cuidado. Heidegger —a través de la noción de *Dasein*, el ser ahí, la existencia del sí, y el *Sorge*, cuidar de— pone de manifiesto la existencia del ser humano regida por el cuidado de su propia vida, satisfaciendo sus necesidades, lo cual implica un cuidado permanente sobre sí (cfr. Heidegger, 2007). Foucault trabaja el concepto del *cuidado del sí*, planteando esta reflexión a partir del oráculo de Delfos: *Conócete a ti mismo y nada en demasía*, como una posibilidad de tránsito a la noción de *cuidado de sí*. Conocerse es un acto autorreflexivo que sugiere una conciencia de ir a uno mismo y la posibilidad de establecer una mirada introspectiva, pero siempre en referencia con los otros; el *cuidado de sí* no es un acto solitario, ya que se construye en los otros, permitiendo de esta manera la construcción de vínculos (cfr. Foucault, 2005: 15-20). Es importante plantear estas líneas de pensamiento ya que han permitido desde una perspectiva occidental-patriarcal pensar el cuidado; si bien es una discusión pendiente, tratar sobre temas como la noción del cuidado y la ética del cuidado nos lleva a pensar en el referente femenino y en su presencia a partir del cuestionamiento de la existencia de lo femenino y aquello que ha girado como atribuciones propias de este género. Esta discusión pendiente permite plantear cómo se ha pensado la

noción del cuidado, preguntar si dicha noción se ha construido en el pensar masculino y actuado en el hacer femenino; tal vez por eso hablar del cuidado o los cuidados es hablar de una ética, es decir, de una manera de estar con la o el otro, o las y los otros, y con uno mismo. Podríamos pues pensar en un *éthos* del cuidado, una manera de ser y de estar.

Para establecer la génesis social y teórica sobre la noción del cuidado, y que ha derivado en lo que actualmente conocemos como la “ética del cuidado”, es importante detenernos en los estudios publicados en 1982 por la psicóloga norteamericana Carol Gilligan. En su trabajo titulado *In a Different Voice (La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino)*, expone que existe una moral particular de las mujeres que denomina la ética del cuidado y la responsabilidad:

En palabras de la autora, la ética del cuidado y/o responsabilidad, forma parte de una red de relaciones a las cuales no se les puede generalizar, los seres humanos son considerados personas con una identidad, una historia y una constitución afectiva y emocional específica. Esta posición toma en cuenta la singularidad de cada persona y en base a esas diferencias, intenta alcanzar la igualdad (en Cano *et al.*, 2003: s/p).

Gilligan buscó reflexionar sobre el hacer de las mujeres con situaciones concretas y lejos de generalizaciones, con lo cual se observó que el actuar de las mujeres tiene una lógica distinta en relación con los diferentes contextos que viven.

El trabajo de Gilligan se fue posicionando ya que permitió pensar el hacer de las mujeres de manera diferente en un contexto mercantil, económicamente feroz y patriarcalmente hegemónico. Pensar la ética de la justicia y los derechos en contraposición de la ética del cuidado y la responsabilidad ha permitido poner en el centro de la discusión qué significa cuidar y articular este cuidado como una forma de estar (*éthos* del cuidado), con lo cual se va perfilando la ética del cuidado y se reconocen elementos como la paciencia, la compasión, la confianza, la afectividad-emociones, la comprensión,

el estar en y para el otro, y también que el cuidado es cuidado del otro y del sí.

La ética del cuidado sostiene que lo importante es una interdependencia mutua de relaciones, es atender las necesidades de las personas, especialmente de las más vulnerables. Y es una respuesta moral, hay por lo general un peso importante en las emociones [...] El concepto central de la ética del cuidado es la responsabilidad y no los derechos (Busquets, 2019: 36).

Es interesante este planteamiento porque sitúa a los sujetos, al sí mismo y a las y los otros, en una relación continua con su entorno, permitiendo una reflexividad, una mirada sobre sí, con lo cual se reconoce la vulnerabilidad. Y es a través de la mirada femenina, de las diversas maneras del pensar al otro, que se ha ido trenzando este *éthos* del cuidado, mismo que ha resultado en el desarrollo de la ética del cuidado.

Para Ester Busquets (2019) existen diversos modelos de la ética del cuidado que se van complementando y han permitido pensar las formas de cuidar y cuidarse; estos modelos se han desarrollado en el marco del pensamiento feminista y en el contexto del cuidado de la salud, principalmente en los cuidados de enfermería; se debe observar que estos modelos no tratan de establecer una única forma, sino que son diversas maneras de aproximarse y pensar el cuidado. En estos modelos se contemplan dimensiones del cuidar como son: la receptividad, la adhesión, la respuesta, la compasión, el compromiso, la creatividad, el saber-hacer, el tener paciencia, la atención, la responsabilidad y la confianza. La autora propone, después de un análisis narrativo de la obra de Tolstoi, *La muerte de Iván Ilich*, los siguientes elementos a considerar en un hacer sobre los procesos de salud-enfermedad: confianza, paciencia, comprensión, afabilidad, consuelo, alegría y cuidado de sí (en Busquets, 2019).

Para abonar a la discusión sobre la noción del cuidado y la ética del cuidado es importante pensar esta noción a la luz de los procesos de salud-enfermedad-atención y articular cómo se ha sumado este elemento para entender la enfermedad como un proceso en el



cual el cuidado aparezca como *aquello* que revitalice estos procesos; en adelante señalaremos este proceso como salud-enfermedad-atención-cuidado.

Si bien entender la enfermedad como un proceso es ya un acierto, pues descoloca el padecimiento “como lo que se debe atacar”, el deslizamiento de la atención al cuidado permite construir una nueva relación a partir del diagnóstico con la experiencia de la enfermedad; en este sentido, la enfermedad no se padece, no se sufre, se vive, se aprende y se transita.

### ¿Qué significa *cuidar-cuidarme*?

Ante el diagnóstico de una enfermedad, cualquiera que ésta sea, y aún más una crónico-degenerativa, no se sabe bien cómo reaccionar; en términos culturales tenemos una apreciación negativa de la enfermedad, se piensa sobre todo en la posibilidad de la muerte y se tienen pocas certezas sobre aquello que vendrá. Hay en la población en general un desconocimiento de los procesos de salud-enfermedad, y a esto se suma que en el momento del diagnóstico el tratamiento médico señala una dosis de medicamentos y toda una prohibición de aquello que NO se puede hacer o comer; además del señalamiento que acusa al paciente, refiriendo que los malos hábitos alimenticios o el estilo de vida han generado en su totalidad su enfermedad, el paciente-enfermo es responsable de su padecimiento y por lo tanto lo tendrá que enfrentar en soledad; podemos suponer entonces, un paciente en total indefensión tratando de entender su nuevo contexto de vida.

El cuidado implica un reconocimiento de los espacios del sentir, del pensar y del hacer; reconocer la vulnerabilidad es un primer momento de empezar un ejercicio de responsabilidad, si bien no existe una serie de pasos para cuidarse —a diferencia de la atención que en general marca qué y cómo se debe hacer para llegar a estar *saludable*.

El *cuidar-cuidarme* se construye a partir de diversos momentos: primero, conocer la enfermedad, ¿qué es?, ¿cuáles son las possibili-

dades de tratamiento?, ¿cómo se va a desarrollar? Preguntas que van acompañadas por el diagnóstico, pero de primera vez no significan nada. Por lo que volver a plantearse estas preguntas en un espacio de acompañamiento permite empezar a vivir la experiencia de la enfermedad, pues la experiencia tiene un carácter reflexivo:

La experiencia es algo que nos transforma, de ahí la relación constitutiva que existe entre la idea de experiencia y la idea de formación, de ahí que la experiencia sea la formación o la transformación del sujeto de la experiencia. Ex: La lectura es experiencia cuando al lector algo le pasa y cuando le pasa le forma o le con-forma, o le de-forma o le trans-forma. Por eso el sujeto de la experiencia es el sujeto de la formación (Larrosa, 2005).

La experiencia de la enfermedad constituye una nueva apropiación de la forma de estar, de percibir, de vivir. La experiencia permite una transformación del sujeto en su vida cotidiana, en este sentido, el padecimiento de la enfermedad constituye una experiencia que no debe ser singular sino colectiva.

Otro momento importante sobre aprender a *cuidar-cuidarme* es reconocer las sensaciones, emociones y sentimientos que nos constituyen respecto del proceso de la enfermedad, lo que se ha denominado “afectividad”; a través de la misma, se permite experimentar aquello que no se entiende, que asusta y entristece. En general en los estudios sobre la salud, las sensaciones, emociones y sentimientos no son tratados, ni siquiera explorados; pero es importante reconocer estos sentires, ya que constituyen parte importante de nuestra construcción como seres humanos. Efectivamente, nuestro ser se materializa en un cuerpo, en el cual se transita la enfermedad; reconocer el cuerpo-enfermo como un cuerpo con posibilidades de cambio, como un espacio de reconocimiento continuo permite entender aquello que nos afecta, es decir, sensaciones, emociones y sentimientos. Diversas corrientes en Psicología han estudiado el tema de las emociones, tratando de explicar la emoción a partir de variables intrapsíquicas y en cómo ésta representa un rasgo constitu-

tivo e inherente al individuo singular (cfr. Martínez, 2010: 154); se ha dejado de lado la construcción del vínculo con el otro, reconocer los afectos, lo que siento y me hace sentir implica reconocer lo que pasa en el cuerpo y cómo se traduce en el hacer. Si bien parecería un acto solitario, no lo es, ya que estos afectos se constituyen en el contexto cultural de los sujetos; la afectividad, entendida como la experiencia de las sensaciones, emociones y sentimientos, se construye en el espacio colectivo, se aprende a partir de desarrollos sociales específicos, de ahí la importancia de reconocer la experiencia misma de la enfermedad.

Un último aspecto a resaltar en el aprendizaje del cuidado, es reconocer la alteridad; es decir, lo que pasa con la experiencia de la enfermedad, no pasa únicamente en el referente personal, pues siempre hay otro que permite un acompañamiento. El otro permite la construcción de vínculos. Levinas coloca al otro y sustituye la ontología por una heterología donde el uno es el otro, lo verdadero es el otro, no una alteridad cualquiera, sino la alteridad de todo hombre. Gracias al otro, surge una relación más allá del horizonte del ser, porque *lo otro* que ser no es una nueva categoría ontológica, sino el hombre mismo (López, s.a.: 272). Levinas ha sido reconocido como el filósofo que ha trabajado la alteridad, su experiencia en los campos de concentración le permitió pensar en *el otro*; ese otro no implica una mirada sobre sí mismo, no implica reducir *el otro* a la mirada propia, *el otro* no es como yo, *el otro* implica una relación ética, un reconocimiento del rostro, cara a cara y por sí irreductible; la relación con el otro tiene que estar mediada por la ética, la cual significa aquella afectación que el otro tiene sobre uno mismo, e implica una responsabilidad que consiste en nuestra respuesta con el otro:

La responsabilidad no es un simple atributo de la subjetividad como si ésta existiese ya en ella misma, antes de la relación ética. La subjetividad no es un para sí; es inicialmente para el otro. El otro no es próximo a mí simplemente en el espacio, o allegado como un pariente, sino que se aproxima esencialmente a mí en tanto yo me siento –en tanto yo soy– responsable de él (Levinas, 2000: 80).

Mientras más me encuentro con el otro, con la alteridad, más puedo acercarme a un conocimiento profundo de mí. El cuidado supone un ejercicio continuo de responsabilidad con uno mismo y con los demás; se puede materializar en nuestros actos cotidianos, y en relación con la enfermedad en la manera en que transitamos por ella. *Cuidar-cuidarme* se construye a través del conocimiento de la enfermedad, saber cómo se desarrolla de manera particular en cada cuerpo, y cómo hacer un uso racional de la medicina y tratamientos técnicos-médicos; implica también un acto de responsabilidad en la toma de decisiones. Conocer la enfermedad nos lleva a entender qué pasa en nosotros, en nuestros cuerpos, y también en aquello que nos afecta; si bien este proceso es íntimo y personal, no quiere decir en solitario: el espacio de lo colectivo supone el trabajo de la experiencia. Por lo tanto, el reconocer estos espacios de intercambio supone también un reconocimiento del otro.

De esta manera, la experiencia de la enfermedad, la cual no se presenta de la misma manera para todos, debe ser una construida en el espacio colectivo, involucrando los espacios familiares, escolares, de trabajo, esto permitirá una relación distinta con los afectos y los procesos de salud-enfermedad. El cuidado (*cuidar-cuidarme*) es un acto de responsabilidad con uno mismo, es un proceso íntimo de reflexión que produce un cuestionamiento continuo sobre cómo se construye el proceso salud-enfermedad. También es un proceso ético en el cual el encuentro con la mirada del otro nos cuestiona nuestra propia forma de vivir. El cuidado es por sí un acto amoroso, en el sentido de observarse, conocerse y tomar decisiones que permitan no afectarme o afectar al otro. *Cuidar-cuidarme* es un acto de resistencia contra un sistema que no permite la visibilidad de uno mismo, es *reconocer lo que me pasa, lo que siento, lo que necesito y lo que se puede hacer*; no significa un proceso de sanación inmediata, pero sí una reflexión centrada en las necesidades propias de cada padecimiento y, sobre todo, un acto de responsabilidad que conlleva a construir un proceso de cuidado en la enfermedad que se padece.

Este proceso de reflexión sobre el cuidado y el aprendizaje del mismo tal vez se pueda generar en el primer contacto con la enferme-

dad, en el consultorio. En este espacio se anuncia la enfermedad, se dan instrucciones sobre medicamentos, estudios clínicos a realizarse y, muchas veces, ni siquiera se mira a los pacientes de forma directa; en general, el médico se preocupa más por el expediente que tiene que llenar en ese momento y se invisibiliza a la persona que fue a la consulta médica: paradójicamente, es el expediente de la persona que tiene enfrente. Esta escena ejemplifica cómo se construye una forma de pensar la enfermedad en donde el rechazo de la misma es claro; pero qué pasaría si en este espacio se pudiera empezar a construir una relación distinta con el paciente, generar un vínculo médico-paciente que permita una percepción diferente sobre la enfermedad.

El cuidado implica una capacidad de mirar y entender, y literalmente, abrazar la enfermedad; transitar la experiencia de la enfermedad significa aprender a construir espacios de reflexión, de conocimiento, que permitan generar actos de cuidado, y son los profesionales de la salud los que deben en primer lugar orientar y construir una manera distinta de vivir el proceso de salud-enfermedad.

Estas reflexiones alrededor del cuidado y la ética del cuidado (*cuidar-cuidarme*) pretenden llamar la atención sobre cómo vivimos nuestras enfermedades; pero también el propósito de construir con los otros, la sociedad en la que nos desarrollamos, actos consecuentes, amorosos, responsables que permitan el reconocimiento del otro y por ende de uno mismo.

A continuación, me permito relatar un episodio ya muy conocido de la vida de Victor Frankl, médico-psiquiatra y escritor que vivió la experiencia de los campos de concentración. El doctor Frankl había conseguido una visa para migrar a los Estados Unidos pero sus padres no pudieron obtener ninguna posibilidad de salida, y la deportación de ellos a un campo de concentración era inminente. El doctor Frankl dejó perder su visa y al poco tiempo la familia fue deportada a Auschwitz, al llegar al campo de concentración fue separado de su esposa y madre. Su padre y él fueron trasladados juntos; el padre del doctor Frankl contaba con 81 años y tenía una condición precaria de salud, padecía una enfermedad pulmonar, la cual se agravó por la desnutrición y los malos tratos en el campo de concentra-

ción. Victor Frankl había conseguido una inyección de morfina de manera clandestina y ayudó a su padre a morir.

Fue casi al amanecer, antes de partir para los trabajos forzados, cuando se entabló el último diálogo:

¿Todavía tienes dolores? –No

¿Tienes algún deseo? –No

¿Me quieres decir alguna cosa? –No

Entonces lo besé y me fui. Sabía que no lo iba a volver a ver en vida. Pero tenía la sensación más maravillosa que uno puede imaginarse. Permaneciendo en Viena por mis padres, acompañando hasta la muerte y evitando un sufrimiento mortal innecesario a mi padre (Frankl, 2004: 13).

Este relato da cuenta de un acto amoroso, de responsabilidad sobre el cuidado, que significa *cuidar-cuidarme*; si bien el ejemplo es extremo en relación con la situación, en la vida cotidiana estos actos, guardando las distancias, se nos presentan todos los días. Establecer relaciones de cuidado implica la mirada hacia el otro y con el otro; construir redes de apoyo, vínculos en donde nuestro hacer, sentir, pensar sean resignificados por otros. El acto de cuidar debe ser un acto colectivo, vinculante entre hombres y mujeres.

Los procesos de salud-enfermedad han sido entendidos como situaciones que sólo competen a quien los padece, pero en realidad existe una afectación directa y circular en nuestro entorno; pensar el cuidado implica dejar afectarse por el otro, mirar y ser mirado, reconocer los sentires, la experiencia, aquello que me pasa y por consecuencia repercute en el otro.

La pregunta sobre los procesos de salud-enfermedad no debe ser ¿por qué me pasó a mí?, sino dar paso a la posibilidad de transitar por una experiencia distinta que puede permitir aprender y conocer más de nuestras relaciones, contextos y formas de vida.

Los lineamientos médicos son importantes para abordar los padecimientos crónicos, pero no basta asumirse como un sujeto receptor del tratamiento, se deben empezar a construir puentes para pensar

de manera colectiva en un problema que ha sido llevado a la esfera individual, incorporando la idea de que quien padece la enfermedad es responsable de la misma y como resultado debe hacerse cargo de ella, sin acompañamiento y en muchas ocasiones con el estigma del padecimiento. No enfermamos solos, enfermamos en contextos culturales, sociales, políticos y económicos que compartimos, somos producto de estas relaciones, por lo tanto, cuidarnos implica cuidar a los demás.

Si bien ya desde hace algunos años se ha acentuado la propuesta de trabajar la enfermedad como un proceso en el cual la salud-enfermedad-atención se vinculan de manera estrecha y así pensar la salud-enfermedad de una manera integral, recientemente se ha incorporado la noción del cuidado en dichos procesos, de ahí el deslizamiento que se observa del proceso salud-enfermedad-atención a salud-enfermedad-atención-cuidado; el hacer del cuidado la ética del cuidado ha permitido la reflexión sobre la manera en que se viven estos procesos de salud-enfermedad, centrando la atención en la experiencia, reconociendo los afectos, la vulnerabilidad, y asumiendo la responsabilidad de mirar al otro, lo cual supone una continua resignificación del sí mismo.

Al incorporar y acentuar el tema sobre el cuidado en los procesos de salud-enfermedad, se pretende transformar la vida cotidiana en relación con la experiencia de la enfermedad y así poder construir espacios de reflexión para conocer y comprender la manera de vivir con una enfermedad crónico-degenerativa y poder tomar decisiones adecuadas, mismas que consideren los diversos aspectos singulares y colectivos que intervienen en estos procesos.

## Bibliografía

Arenas Montaña *et al.* (2008), “Factores de riesgo para enfermedades crónicas en universitarias del área de la salud”, en *Enfermería Universitaria*, vol. 5, núm. 2, abril-junio, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 16-21.

- Barba Evia, José Roberto (2018), “México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante”, *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*, vol. 65, núm. 1, pp. 4-17. [www.medigraphic.com/patologiaclinica] (Fecha de consulta: 20 de abril de 2021).
- Busquets Alibés, Ester (2019), *Ética del cuidado en ciencias de la salud*, Herder, España.
- Cano Colazzo, María Victoria, Francos, Valeria Luciana, Rabbia, Hugo y Godoy, Juan Carlos (2013), “Sobre la ética del cuidado y/o responsabilidad y la ética de la justicia de Carol Gilligan: análisis bibliométrico de las publicaciones iberoamericanas del periodo 1994-2011”, VII Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Carmona Gallego, Diego (2019), “La resignificación de la noción de cuidado desde los feminismos de los años 60 y 70”, en *En-claves del Pensamiento*, año XIII, núm. 25, enero-junio, Argentina, pp. 104-127.
- Castoriadis, Cornelius (1989), *La institución imaginaria de la sociedad I*, Tusquets, Barcelona.
- Cruz, Alejandro (2021), “Calculan que 60% de fallecidos por Covid en CDMX padecía comorbilidad”, en *La Jornada*, 14 de abril. [https://www.jornada.com.mx/notas/2021/04/12/capital/calculan-que-60-de-fallecidos-por-covid-en-cdmx-padecia-comorbilidad/] (Fecha de consulta: 14 de abril de 2021).
- Foucault, Michel (2005), *La hermenéutica del sujeto*, Akal, Madrid, España.
- Frankl, Victor (2004), *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona.
- Gil Montes, Verónica (2017), “Construcción moderna del estar enfermo: el *éthos*-paciente”, en J. Flores y A. Rosas (coords.), *Ética, política e injusticia social*, 1ª ed., Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Gil Montes, Verónica (2018), “El estigma y la enfermedad”, en *Trazos y contextos. Reflexiones sobre Psicología, Educación y Comunica-*



- ción, Universidad Autónoma Metropolitana-Departamento de Educación y Comunicación, México.
- Gómez Delgado, Yeniffer y Velázquez Rodríguez, Elisa (2019), “Salud y cultura alimentaria en México”, en *Revista Digital Universitaria*, vol. 20, núm. 1, enero-febrero. Doi: [<http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n1.a6>].
- González Caamaño A. *et al.* (1986), *Importancia de las enfermedades crónico-degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México*, Salud Pública, México.
- Heidegger, Martin (2007), *Ser y tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Illich, Iván (1975), *Némesis médica*, Joaquín Mortiz, México.
- Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo y Elías, Emerson (2002), “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, en *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan Am J Public Health*, vol. 12, núm. 2, Washington, D. C.
- Larrosa, Jorge (2005), “Notas sobre el sujeto de la experiencia”, 22 de marzo. [<https://laescenaencurso.wordpress.com/2015/03/22/notas-sobre-el-sujeto-de-la-experiencia-larrosa>] (Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2020).
- Laurell, Asa Cristina (1982), “La salud-enfermedad como proceso social”, en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 19, enero, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Laurell, Asa Cristina (coord.) (1995), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Friedrich Ebert Stiftung en México / Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.
- Levinas, Emmanuel (2000), *Ética e infinito*, Gráficas Rógar, Madrid, España.
- López Gatell, H. (2020), Versión estenográfica de la participación inicial del doctor Hugo López-Gatell, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, durante su comparecencia ante la Comisión de Salud del Senado de la República, en el marco de la Glosa del Segundo Informe de Gobierno, Grupo Parlamentario Morena, LXV Legislatura, 12 de octubre. [<https://morena.senado.gob.mx/2020/10/12/version-estenografica-parti>]

- cipacion-inicial-doctor-hugo-lopez-gatell-12octubre] (Fecha de consulta: 12 de diciembre de 2020).
- López Sáenz, Ma. del Carmen (s.a.), “El otro en la filosofía de Levinas” [[https://www2.uned.es/dpto\\_fm/InvFen/InvFen03/pdf/17\\_LOPEZ.pdf](https://www2.uned.es/dpto_fm/InvFen/InvFen03/pdf/17_LOPEZ.pdf)] (Fecha de consulta: 22 de septiembre de 2020).
- Martínez Chaparo, Ángela (2010), “Apuntes sobre la noción de afectividad colectiva”, en *Pensando Psicología. Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia*, vol. 6, núm. 10, enero-junio.
- Menéndez, Eduardo (1988), “Modelo hegemónico y atención primaria”, en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Argentina.
- Michalewicz Alejandro, Pierri, Carla y Ardila-Gómez, Sara (2014), “Del proceso de salud-enfermedad-atención al proceso salud-enfermedad-cuidado: elementos para su conceptualización”, *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI, Universidad de Buenos Aires, Argentina, pp. 217-224.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), [[https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)] (Fecha de consulta: 8 de octubre de 2020).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2020), “La pesada carga de la obesidad: la economía de la prevención”. [<https://www.oecd.org/about/secretary-general/heavy-burden-of-obesity-mexico-january-2020-es.htm>] (Fecha de consulta: 8 de octubre de 2020).
- Plasencia-Urizarri, Thais María *et al.* (2020), “Comorbilidades y gravedad clínica de la Covid-19: revisión sistemática y meta-análisis”, en *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 19, núm. 1, Supl. e3389, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Fecha de recepción: 31/05/21  
Fecha de aceptación: 24/01/22