

# El problema del cuidado de la salud para el proletariado mexicano

*Alberto López-Laredo\**

## *Resumen*

El estudio de la salud pública se ha caracterizado por su esfuerzo en ser multidisciplinario y por colaborar con las ciencias sociales y las ciencias naturales para trastocar cada uno de los ámbitos en los que se juega la salud del sujeto. Paralelamente, el término *enfermedad* también aparece en el terreno pues dentro del pensamiento dicotómico de los conceptos, siempre será necesario un contrario que abarque los campos que el otro no. El proletariado mexicano se encuentra en una encrucijada con el capital, al ser este último el que controla los medios de producción y puede facilitar o complicar el acceso al sistema de salud a los trabajadores. El presente artículo pretende realizar un análisis crítico en la relación salud-proletariado enmarcada por los límites de la ideología y el Estado.

*Palabras clave:* salud, enfermedad, proletariado, salud pública, ideología.

## *Abstract*

The study of public health has been characterized by its effort to be multidisciplinary and collaborating with the social sciences and natural sciences to disrupt each of the areas in which the subject's health is at stake. Along-

\* Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Estudiante de la licenciatura en Filosofía por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: [lopezlaredoalberto@gmail.com].

side, the term disease also appears in the field because, within the dichotomous thinking of the concepts, an opposite will always be necessary to cover the fields that the other does not. The Mexican proletariat finds itself at a crossroads with the capital, since it controls the means of production and can facilitate or complicate access to the health system. This article aims to carry out a critical analysis of the relationship between health and proletariat framed by the limits of the ideology and the state.

*Keywords:* health, disease, proletariat, public health, ideology.

## Palabras preliminares

Ante el inminente establecimiento de una “nueva normalidad”,<sup>1</sup> es necesario detenernos un momento a preguntarnos sobre las implicaciones y repercusiones que ésta traerá consigo a nuestra vida en sociedad. Uno de los campos más afectados en nuestro país fue el de la salud, ya fuese física o mental; diversos términos médicos se popularizaron rápidamente –por ejemplo, depresión, diabetes, hipertensión, entre otros– puesto que muchos de ellos se ligaban directamente a la propensión de manifestar, de forma grave, la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2; de igual forma, términos como *cuidado* o *salud pública* aparecieron en la cotidianidad del sujeto, mismos que serán objeto de estudio en el presente texto.

Al momento de leer la convocatoria para formar parte de este compendio, una de las preguntas que me surgieron inmediatamente fue: ¿A qué se refieren con “cuidado”? En el contexto pandémico en el que nos encontramos, la respuesta más evidente era “cuidado de la salud”, pero ¿quiénes, con qué y para qué se cuidan? En asociación directa pensé en el uso de cubrebocas, mantener 1.5 metros de distancia con el otro, portar caretas y utilizar gel antibacterial; cuidados para no estar enfermos, cuidados para salir, para trabajar, cuidados para el bienestar.

<sup>1</sup> Término utilizado por el actual gobierno de la república para marcar una separación o diferencia con la manera de realizar las actividades cotidianas (trabajar, socializar, comer, entre algunas otras más) antes y después de la pandemia causada por Covid-19.

Campañas gubernamentales e institucionales instaron a la población a cuidarse para prevenir contagios, a seguir las reglas de distanciamiento social y promovieron el teletrabajo o *home office*; sin embargo, ¿qué pasa con aquellos que saben bien lo que tienen que hacer para cuidarse pero no tienen los recursos para hacerlo?

La frase “no todos vivimos la misma cuarentena” se extendió por las redes sociales, en un intento de *visibilizar*<sup>2</sup> las diferencias entre la cuarentena establecida por las autoridades sanitarias del país –en donde se pidió permanecer en casa para evitar contagiarse del coronavirus– y “la cuarentena”<sup>3</sup> de los trabajadores –que de cualquier manera debían salir a laborar, pues algunos lo hacían en las actividades consideradas esenciales–. Dicha frase se tomó como una forma de solidarizarse con la clase más desprotegida y más golpeada por la crisis económica, pero se quedó en eso: una expresión de apoyo que no llegó a hacer realmente algo. Con esto quiero recalcar que no ignoro la ironía que acompañará a mi escrito, mismo que incita a escapar de acciones como la anterior y que pretende exponer de manera crítica la delimitación –en materia de salud– de la clase baja debido a su posición socioeconómica, así como el supuesto deber académico de analizar y señalar este tipo de problemáticas sociales sin lograr establecer una solución práctica. Este texto pretende ser

<sup>2</sup> La intención de resaltar este concepto es para brindarle un tono irónico, pues su uso podría llegar a parecer un tanto ofensivo para los sujetos de investigación; es decir, cuando el investigador emplea el verbo *visibilizar* para referirse a hacer visible una cuestión, trata al sujeto y su problemática como si fuese algo extraordinario. Al momento de “hacerlos visibles” se convierten en sujetos observables, disponibles a la vista de cualquiera que se interese en hablar de ellos, se contribuye a mostrarlos como objetos de espectáculo, de exhibición, esto contradice la intención original del investigador de colaborar en el cambio o mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos afectados. Tomemos de ejemplo a los sin hogar que viven en las calles de la Ciudad de México, ellos ven su realidad, ven las condiciones en las que se encuentran, muchos no son ciegos y les es visible todo lo que viven, incluso también para los que pasan cerca de ellos mientras deambulan, por lo que visibilizarlos se convierte en un acto vano. Más allá de sólo visibilizar hay que trabajar la problemática en cuestión para denunciar, cuestionar o analizar sus motivos e implicaciones.

<sup>3</sup> Las comillas empleadas aquí sirven para señalar que la cuarentena de la clase trabajadora no sucedió como el gobierno estableció que debía ser, sino que fue inconclusa y según lo que sus posibilidades económicas permitían.

publicado en una revista universitaria, dirigida principalmente no a proletarios, sino a estudiantes y académicos que mayoritariamente son ajenos a la problemática de la clase proletaria, además de que poseen un ritmo de vida distinto, por lo cual tampoco conseguirá aportar mejores condiciones de trabajo o de salud a los obreros y campesinos. Me atrevo a decir que trabajos como éste son estériles en la acción pero muy necesarios para cuestionarnos nuestra posición institucional, para plantear algo de controversia en las discusiones y quizás incomodar ligeramente, pero con la intención de ampliar el panorama de análisis.

### **El estudio de la salud y la enfermedad en las ciencias sociales**

El estudio de la salud pública<sup>4</sup> se ha caracterizado por su esfuerzo en ser multidisciplinario, colaborar con estadistas, sociólogos, psicólogos, economistas y politólogos para intentar abarcar todos los factores que intervienen en la salud de la población. Dicha cualidad permite encontrar, por ejemplo, que “se enferman con más frecuencia y presentan cuadros clínicos más graves quienes carecen de una alimentación adecuada, de vivienda higiénica y con los servicios básicos y no pueden contar con atención médica oportuna y de la mejor calidad”; a pesar de no ser algo que cueste trabajo deducir, es una realidad que parece ser ignorada: “la situación de vida de la población depende de las condiciones de trabajo” (Rojas, 1990: 114). Es decir, según la manera en la que el sujeto se incorpora a los procesos de producción —ya sea como obrero, agricultor, psicólogo, arquitecto, etcétera— y del salario que percibe para cubrir sus necesidades y las de su familia, se verá reflejada la calidad de vida de los sujetos.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Según el sitio web de la Asociación Médica Mundial, el término *salud pública* hace referencia a las acciones dirigidas al cuidado y promoción de la salud de la población o un grupo específico de la misma, así como también a la prevención de enfermedades que atenten en contra de su bienestar [<https://www.wma.net/es/que-hacemos/salud-publica/>].

<sup>5</sup> La calidad de vida, así como el bienestar, se constituyen por la manera en la cual el sujeto goza o tiene acceso a ciertos servicios y beneficios que le permitan vivir de una forma

Existe una relación entre las clases sociales y el proceso de salud-enfermedad, la cual atrajo la atención de muchos investigadores a partir del siglo XVIII y la Revolución Industrial, ya que las grandes fábricas que comenzaban a operar necesitaban fuerza de trabajo en una cantidad que sobrepasaba los límites de la población de las ciudades en donde se establecieron, por lo tanto, atrajeron a gente de la periferia con la promesa de una mejor calidad de vida para ellos y sus familias; sin embargo, al llegar a las ciudades, las masas de trabajadores se encontraron con “condiciones de insalubridad, hacinamiento y explotación”, así como enfermedades provocadas por la exposición a los materiales usados en su área de trabajo. Al mismo tiempo, se desarrollaron los *registros de mortalidad y de la estadística sanitarias* que hicieron posible “calcular algo tan sencillo y contundente como la diferencia entre la edad media al morir de los pobres y los ricos”, y otros índices que documentaban el largo trecho entre ambas clases sociales, concluyendo que la muerte “acaba llegando a todos, pero no de la misma forma y a la misma edad” (Segura del Pozo, 2017: 129).

Dentro del estudio social de la salud, se considera al sujeto como parte de una comunidad con “características socioeconómicas y culturales” para establecer rangos y “regularidades empíricas” de incidencia a ciertas enfermedades, tomando en cuenta “factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, entre otros”, que vinculen, por tanto, “condiciones determinadas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente”, por mencionar algunos. De esta manera, se concibe a la enfermedad como fenómeno social (Rojas, 1983: 16) y sobre todo algo histórico, pues no se desentiende del contexto del sujeto ni de la sociedad en la que se desarrolla. Con esto no se elimina el aspecto biológico de la enfermedad, sino que se establece un modelo multi-causal que permite aproximarnos a la realidad y una posible causa de

---

plena; los aspectos que la componen son: lo físico (que tenga buena salud), lo educativo (que tenga la posibilidad de asistir a todos los niveles educativos), lo económico (que tenga un salario competente que le permita cubrir sus necesidades de vestido, comida y vivienda) y mentales o emocionales (sentirse pleno consigo mismo y con los demás).

la enfermedad, encontrar eso que enferma y que puede estar dentro o fuera del sujeto.

Al igual que la enfermedad, la salud es un hecho condicionado sociohistóricamente y ambos son “determinados por el modo de producción predominante”; el sujeto no puede simplemente pedir estar sano o estar enfermo, si bien puede contribuir de alguna manera a alterar su posición “a fin de lograr mejores condiciones de vida y trabajo, para mantener la salud y alejar el espectro de la enfermedad” (Solano, 2004: 30), esto es siempre hasta donde sus capacidades en sociedad, físicas y mentales lo permitan. Es prácticamente imposible erradicar la enfermedad del mundo y que todos vivamos en una utopía de la salud, por lo tanto, la lucha contra ella es permanente; sin embargo, es posible transportarla al plano de la consciencia e identificar sus causas y posibles consecuencias en el futuro cercano del sujeto.

Comprender la realidad de la salud-enfermedad como un conjunto de procesos históricos hace posible reconocer la base material que sostiene a la sociedad, es decir, al modelo de producción y reproducción del capital; por eso mismo, aunque podamos encontrar los signos y síntomas anatómicos de la enfermedad de forma concreta sobre el cuerpo del sujeto, la influencia de lo social está presente incluso de manera inconsciente. Recordemos, por ejemplo, los famosos casos clínicos de Freud, quien se aproximó a los síntomas manifestados en el cuerpo cuyo origen estaba en el inconsciente; estos síntomas se configuran a partir de acontecimientos traumáticos que la medicina consciente y palpable con estetoscopios y termómetros no consigue percibir. Otro punto de vista, que no será tan profundo en este texto pero que es sumamente importante, es la construcción de la enfermedad como creencia, es decir, como algo en lo que se puede creer o no; si bien esto va en contraposición de la tesis acerca de la base material que origina la salud-enfermedad, a nivel psicológico e ideológico la creencia puede establecer un criterio de verdad para el sujeto y manifestar de forma inconsciente ciertos síntomas. Volviendo a los ejemplos contemporáneos, ¿cuántos de nosotros hemos creído estar enfermos de coronavirus después de toser o estor-

nudar en repetidas ocasiones? Incluso llegamos a sugestionarnos con dolores de cabeza que afianzan nuestra creencia de contagio pese a que no sea así.

La desigualdad socioeconómica entre clases se traduce en desigualdad en el acceso al sistema de salud; esta desigualdad sistémica en el aparato político que es el Estado, suele tener gran variedad de abordajes, algunos que condenan y tachan de necios o ignorantes –aunque suelen hacerlo de forma tácita– a la clase proletaria bajo el supuesto de que no buscan o no acuden a los servicios de salud o no asimilan las campañas de educación sanitaria como sí lo hacen “las personas con mejor posición socioeconómica”, las cuales suelen gozar de un mejor acceso y “se benefician más del conocimiento científico y los desarrollos tecnológicos relacionados con la salud” (Ortiz, Pérez y Taméz, 2015: 344); es alarmante lo común que es ver estudios que repliquen o coincidan con esta postura, en lo cuales se culpabiliza al proletario por no ser letrado o carecer de recursos suficientes para atender sus afecciones, este punto lo abordaré de manera más profunda posteriormente, pues el manejo ideológico de la salud posee un papel esencial en el cuidado.

### **Acerca de la salud y la enfermedad del obrero en el capitalismo**

El concepto *salud* tiene una amplia gama de estudios acerca de su etimología, sus usos y su contraposición al concepto *enfermedad*; lejos de ser una palabra con significado único –pese a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social”<sup>6</sup>–, es innegable la polisemia del término, e involucrar sujetos sociales hace que “prácticamente todo acontecimiento de la vida humana se pueda redefinir como una cuestión de salud; o, potencialmente, enfermedad” (Jiménez, 2017: 166-167). La definición de la OMS nos proporciona otros tres con-

<sup>6</sup> Esta definición proporcionada por la OMS en 1948, sigue vigente y no ha sido modificada desde entonces; esto es comprobable en la página de internet de la propia organización en el siguiente enlace: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

ceptos que abren el panorama acerca del sentido de la palabra salud: bienestar físico, bienestar psíquico y bienestar social; profundizando en cada uno de ellos encontraremos que más allá de la *salud*, en su concepción cotidiana, existe una demanda ideológica del capital que establece los parámetros para delimitar qué es salud o enfermedad.

A partir de ese razonamiento, entenderemos a la salud no como un estado objetivo y unívoco –comúnmente usado por el sistema médico y férreamente defendido de los constantes intentos de las ciencias sociales por arrebatarnos la palabra–, y comenzaremos a distinguirla como una construcción social, o mejor dicho, una construcción ideológica con un origen, propósito y sentido. Pensar la salud sostenida en el bienestar nos obliga a tomar en cuenta los factores sociales, mentales y políticos que éste conlleva, los cuales dificultan a la mirada médica para emitir un diagnóstico o encasillar algún padecimiento dentro de su paradigma; a esto se le suma el problema, casi epistémico, de poder definir la abstracción del sentido subjetivo de la salud, es decir, dentro de qué límites se puede definir si una persona *está* sana o no, si *es* sana o no, si *se siente* sana o no.

El bienestar físico, por un lado, permite al sujeto reconocer los momentos en los cuales tiene las condiciones corporales necesarias y adecuadas para desempeñar de una forma eficiente sus actividades cotidianas. Sin embargo, nos encontramos nuevamente en un momento de dicotomía, pues si bien es evidente que algunos síntomas se manifiestan en el cuerpo del sujeto –como la fiebre, la dificultad para respirar o el agotamiento–, lo que permitiría reforzar la postura objetiva de la salud, asimismo podemos comprender que los límites de esas sensaciones pertenecen al ámbito subjetivo. Por ejemplo, mientras que para un estibador un dolor en el antebrazo sería, de forma objetiva, un factor que imposibilite su trabajo, no siempre pasa de esa manera; ya que muchos de ellos tienen la necesidad de seguir laborando y poder conseguir la paga del día, dejan pasar estos signos corporales y hacen a un lado el malestar asegurando que “se sienten bien, que no tienen nada o que se sienten chidos”; por otro lado, un oficinista puede optar por quedarse a reposar en su casa sin la preocupación de perder ese día, debido a que esa falta por



enfermedad puede ser justificada y pagada. Este ejemplo, vago pero ilustrativo, nos permite pensar acerca de un “derecho a sentirse mal” (Rojas, 1983: 209-210), que se diferencia del “derecho a sentirse bien” –que en esencia se muestra más como una obligación–, los cuales, pretendidamente, deben ser aplicados de igual forma para todos; sin embargo, tal parece que sentirse mal suele ser un derecho de unos cuantos que tienen acceso a los servicios de salud o que poseen una solvencia económica.

El sistema económico de producción capitalista “requiere nutrirse constantemente con fuerza de trabajo joven que permita mantener, o elevar, sus tasas de ganancia” (Rojas, 1990: 18); por lo cual, el Estado debería –supuestamente– conservar esa fuerza de trabajo, proporcionarle las herramientas a los sujetos para que éstos puedan mantenerse “sanos” físicamente, y así extender los años en los que puedan ejercer sus labores; esto lo vemos en el constante cambio de los años mínimos necesarios para que un trabajador de una empresa pueda jubilarse. Pese a ello, el sistema de salud encargado de mantener sanos a los sujetos hace lo mínimo, como atender curaciones pequeñas y rápidas que no impliquen un gasto fuerte para las instituciones y que regresen al sujeto lo antes posible a realizar sus labores, no obstante, rápido no significa necesariamente eficiente. La salud del proletariado es prioritaria siempre y cuando la “*maquinaria humana* se encuentre en buenas condiciones” para exigirle un mayor rendimiento y por ende mayor ganancia (Solano, 2004: 30), de lo contrario pasa a segundo término o se ignora completamente por el Estado, que se deslinda de sus responsabilidades.

Mientras que, idealmente, el sistema pretende hacer más longeva la vida del trabajador para aprovechar su fuerza de trabajo durante más tiempo, las condiciones laborales en algunos sectores tienen una tendencia contraria, en la que se puede abreviar la vida del sujeto debido a la sobreexigencia, por no decir explotación, de la fuerza de trabajo (Marx, 1894). El bienestar físico, en teoría, debe sostenerse por medio de actividades como comer, descansar o ejercitarse; sin embargo, en un sistema donde el tiempo es dinero, el capital acapara todos los ámbitos de la vida del sujeto de modo que, incluso en sus cortos periodos de

descanso, el trabajador siga produciendo.<sup>7</sup> Es sumamente importante el juego ideológico que se lleva a cabo; en palabras simples, muchos de nosotros llegamos a casa completamente agotados por la larga jornada de trabajo y generalmente con cierto hartazgo provocado por la aglomeración en los medios de transporte, las largas caminatas para hacer uso del mismo o el tráfico en el trayecto derivado del clima. La ideología del capital sonríe cuando decidimos detenernos en la tienda para comprar una Coca-Cola –incluso en su versión más económica, la Red-Cola–, el fin es provocar un deseo de consumo; el tan anhelado descanso del trabajador se ve atravesado por la ideología de la producción: si bien ya no te encuentras en la fábrica, estás determinado a comprar lo que produces para que mañana vuelvas y produzcas más. Marx escribe acerca de esto:

Usurpa al obrero el tiempo de que necesita su cuerpo para crecer, desarrollarse y conservarse sano. Le roba el tiempo indispensable para asimilarse al aire libre y la luz del sol. Le capta el tiempo destinado a las comidas y lo incorpora siempre que puede al proceso de producción, haciendo que el obrero se le suministren los alimentos como a un medio de producción más, como a la caldera carbón y a la máquina grasa o aceite. Reduce el sueño sano y normal que concentra, renueva y refresca las energías, al número de horas de inercia estrictamente indispensables para reanimar un poco un organismo totalmente agotado (1894: 207-208).

Inherente al bienestar físico está el bienestar psíquico y el bienestar social; la sensación de sentirse bien, pese a que ya dejamos sentado que es una expresión subjetiva, depende de aspectos objetivos, de una realidad empírica que los sujetos viven en su cotidianidad y de los cuales derivan “la situación socioeconómica, el

<sup>7</sup> El pensador surcoreano Byung-Chul Han, en su texto *La desaparición de los rituales* (2020), habla del *sujeto del rendimiento*, en donde el sujeto se encuentra con una presión constante por producir y debe hacerlo en cualquier momento. En este sentido, las ocasiones de disfrute o de ocio también se ven atravesadas por esta orden: en el instante en que el sujeto consume un refresco, una golosina, una serie de televisión o un video de Youtube, está produciendo ganancia, no para sí, sino para las empresas que venden estos productos.

nivel educacional, etcétera, factores que adquieren particularidades en cada una de las formaciones y grupos sociales históricamente determinados” (Rojas, 1983: 210). El concepto de *salud mental* sale a la luz en este punto, ya que los mismos factores para determinar que un sujeto está en estado de bienestar son los que encontramos en la acepción cotidiana de salud mental, en donde nuevamente destaca el peso de las clases sociales, pues, mientras que por un lado la terapéutica *psi* tiene un alto costo, por el otro tenemos un ingreso bajo para el proletariado.

La salud mental no es para todos accesible, los hospitales psiquiátricos o centros de salud con servicio psicológico comparten el mismo problema burocrático y de sobredemanda llegando al punto de que éste se desborda; un ejemplo concreto, los servicios de acompañamiento o terapia *psi* gratuitos que ofrecen las universidades tienen largos tiempos de espera que dificultan la atención oportuna de los interesados; como experiencia personal, ahora como psicólogo de profesión, me sorprende recordar la pregunta de la psicóloga que me recibió cuando asistí para solicitar una cita: “¿Es urgente o puedes esperar hasta el siguiente trimestre?, es que hay mucho trabajo”; algo similar ocurre con las listas de espera para las citas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en donde pueden tardar hasta meses en atender un malestar que bien puede convertirse en algo grave.

De lo anterior podemos reflexionar dos cosas: *a)* el sistema de salud mental está enteramente rebasado, a tal grado que nos encontramos en un momento histórico derivado de la pandemia en donde la necesidad por sentirse bien ha generado diversas ideologías terapéuticas,<sup>8</sup> provocando el mismo sentimiento —que siglos atrás era dominado por la religión— de asirse a algo y que hoy lo vemos pregonado en redes sociales y demás medios de comunicación; *b)* nuevamente nos encontramos

<sup>8</sup> Con *ideologías terapéuticas* me refiero a aquellos sistemas de pensamiento y creencia que formulan máximas para combatir los síntomas o afecciones emocionales del sujeto. De igual forma, funcionan como un sistema moral que condiciona el comportamiento de sus partidarios. Por ejemplo, el *coaching*, la astrología, los grupos de Alcohólicos Anónimos o las casas *Pare de Sufrir*.

la negación al derecho a sentirse mal cuando quieres, sino cuando el sistema sanitario tenga la disposición de atenderte. A esto se debe la importancia de “ubicar el concepto de salud en el medio social, cultural y físico que rodea al individuo y a la colectividad de la que forma parte, a fin de orientar mejor las medidas tendientes a prevenir daño en la salud, recuperarla y fomentarla” (Rojas, 1983: 210).

Me parece curiosa la manera en que los defensores de la salud mental plantean una campaña un tanto paradójica, me explico: una frase que se popularizó y difundió en redes sociales fue *normalicemos ir al psicólogo*, aparentemente inofensiva y bienintencionada; sin embargo, muestra cierto desconocimiento de las condiciones materiales del sujeto, pues no depende de sí mismo la decisión de ir o no ir a terapia, sino de las posibilidades que tiene para acceder a una atención inmediata y eficiente. Además de que bajo el esquema de defensa de la salud mental se encuentra una contradicción, pues ésta promete un bienestar desinteresado para el sujeto, a la vez que sirve y responde a las demandas del capital, que busca que todos nos sintamos bien para obtener un mejor desempeño laboral y, consecuentemente, aumentar la producción; de lo contrario, para aquellos que no logran sentirse bien se les insta a realizar alguna actividad en favor de su salud mental; ya sea pintando, cocinando, escribiendo o ejercitándose, entran y participan en la producción.

El ideal de alcanzar la salud, en los tres puntos del estado de bienestar, “tiene un alto valor simbólico y político al haberse convertido en el máspreciado objeto de deseo” (Jiménez, 2017: 167), esto incluso en el sentido lacaniano del término, ya que generalmente el sujeto falla al intentar obtener alguno de los tres estados, haciendo de la salud un objeto inalcanzable con el que sólo es posible soñar de forma borrosa. Está claro que la salud es un fenómeno, además de biológico, sociopolítico; el semblante del Estado para mostrarse preocupado de cuidar a sus ciudadanos es evidente sobre todo en los periodos de campañas políticas; el exceso de promesas a las comunidades rurales acerca de construir hospitales, traer más médicos o anuncios audiovisuales donde prometen que *con ellos sí habrá medicinas* son el pan de cada día en la sociedad mexicana.

La autopercepción de la salud es uno de los medidores estadísticos más importantes al hacer investigación psicosocial; las encuestas acerca de cómo percibe su salud un determinado sector de la población tienen el propósito de colaborar y establecerse como base para la creación de políticas sobre salud pública. Estos estudios muestran, por ejemplo, que “las personas pertenecientes a las clases sociales más privilegiadas, como los empresarios y los gerentes expertos, presentan un mejor estado de salud autopercebido, menos comportamientos perjudiciales para la salud y más comportamientos saludables” —entiéndase estos últimos como una alimentación completa y balanceada, el acondicionamiento físico y una supuesta vida libre de vicios como el cigarro o el licor—; “por el contrario, la población de clase trabajadora —trabajadores formales, pero principalmente los informales— y los supervisores básicos refieren tener una peor salud y estilos de vida menos saludables” (Rocha *et al.* 2013: 346). Esto no es difícil de creer, sobre todo cuando podemos distinguir que la mayoría de vendedores informales viven al día, con el ingreso que alcanzan a percibir de sus ventas o labores a lo largo de una sola jornada, sumado a escasos periodos de sueño o descanso y los lapsos intermitentes que manejan para consumir sus alimentos dentro de las mismas jornadas/horas laborales o durante los trayectos desde y hacia sus hogares, además del peligro potencial que corren día con día al desempeñar actividades riesgosas (cargador, albañil, electricista, conductor).

La política sobre el cuidado de sí, estudiada por Foucault, es ampliamente difundida en el ámbito educativo, los medios de comunicación e instituciones públicas y privadas; “la salud pública es una estrategia de poder”, a nivel social las campañas acerca de la higiene, la preservación de la salud y el cuidado parecen ser realizadas con un sentido positivo, pues de esta manera se pretende erradicar enfermedades que golpean al mundo entero —un ejemplo actual son las políticas de limpieza y salud para prevenir el contagio por Covid-19 que ya no nos son tan ajenas como lo eran hace dos años: ¿Salir sin cubrebocas? Ni loco. ¿Saludar de beso? Nunca más. ¿Estornudar o toser sin cubrir tu boca? Ni se te ocurra—. Sin embargo, no dejan de

ser acciones políticas, actos de poder. “El control de la salud, materializado en la medicalización, psicologización y, en último término, sanitización de la vida, se acerca mucho a una forma de control (o poder) total. Tal es así que, de hecho, el poder determina la salud: primero constituyéndola (la define, la configura, la dota de sentido) y después objetivando como *normalidad*” (Jiménez, 2017: 178).

Como lo vimos en la salud, la enfermedad también es un fenómeno multicausal y multifactorial; además de preguntarnos sobre qué virus, bacteria o accidente la produjo, también nos preguntamos sobre el entorno en el que se desarrolló. Desde la viruela traída por los españoles a México durante la Conquista hasta las actuales olas de contagio entre países por Covid-19, son ejemplos de enfermedades que, además de su factor biológico, se propagaron rápidamente debido a acciones sociales y políticas. Siguiendo con el ejemplo del coronavirus, una enfermedad cuyo origen geográfico fue China y que llegó a tierras mexicanas por movimientos turísticos y comerciales, generó que personas que nunca en su vida han viajado a China o que ni siquiera han salido de la Ciudad de México se contagiaran del virus; así como también, a pesar de haber suspendido labores en oficinas de gobierno, escuelas y en muchos negocios independientes, los contagios no se detuvieron debido a que las personas aprovecharon este parón de actividades para salir a vacacionar, reunirse con amigos o familia, lo que permitió que la enfermedad continuara propagándose por el país de una u otra forma.

Las relaciones de producción, en su mayoría, se llevan a cabo en condiciones desfavorables para el trabajador (espacios o materiales sucios, sanitarios sin asear o con falta de agua o jabón, acumulación de gente o exposición a tóxicos en zonas con poca ventilación), lo cual le puede generar graves daños a la salud de una forma más bien pasiva, favoreciendo enfermedades a largo plazo; oficinistas, obreros, campesinos, incluso policías, están obligados a laborar con ciertas posturas que lastiman, encorvan y dañan la espalda o las manos, mismas que además no se consideran normalmente como causa justificada de ausencia a sus labores. El desgaste físico provocado por factores externos al sujeto es una realidad que no podemos dejar de

lado en las ciencias sociales ya que, si bien no podemos cuantificar las emociones y sentires de cada uno de los trabajadores, la relación salud-enfermedad-trabajo es una ecuación en donde los factores son dependientes entre sí.

“La explotación capitalista es una realidad que se manifiesta en forma objetiva en las condiciones de vida y de trabajo de las clases populares”, la cual impacta e influye directamente en la salud del proletario, generando una “patología de la pobreza” (Rojas, 1990: 12). La tendencia a economizar en los medios de producción trae como consecuencia, según Marx (1894: 353), “un saqueo sistemático contra las condiciones de vida del obrero durante el trabajo, en un robo organizado de espacio, de luz, de aire y de medios personales de protección contra los procesos de producción malsanos o insalubres”. Lo anterior es caso común en nuestro país para una gran cantidad de mexicanos, las condiciones de empleo, socioeconómica y de salud están sometidas a las imposiciones, requerimientos y exigencias del capital, el cual se pensaría que tiene la obligación o el interés de mantener a sus trabajadores sanos, pero en realidad el entorno laboral suele generar “diversos daños a la salud del obrero al no permitirle contar con los elementos básicos para reproducción de su fuerza de trabajo” (Rojas, 1990: 20). El ciclo salud-enfermedad está fuertemente relacionado con el campo laboral y, por tanto, atado al capital, que exige de más y aporta de menos al estado de bienestar del trabajador.

### **El uso psico-político de la salud y la enfermedad**

El marco de la salud pública permite establecer los estándares necesarios para constituir la normalidad y la anormalidad en la cotidianidad de la sociedad; esto supone un evidente ejercicio de poder y control social, pues al ser el Estado el que estipula las reglas de convivencia en materia sanitaria pretende conservar al mínimo los roces y las protestas políticas, en otras palabras, busca “más control a menor coste político” (Jiménez, 2017: 178). El papel ideológico

de la salud funciona como un dispositivo de control político sobre la higiene, la convivencia social y el trabajo; como lo vemos en una gran cantidad de campañas, “el control de cuerpos se extendió también a las condiciones morales” (Padilla, 2017: 55); esto se distingue en los diversos señalamientos directos sobre la falta de atención –en lo singular– a la salud, culpando al sector proletario *por no cuidarse, por no ir al doctor, por no comer bien*, desde una postura de denuncia, bajo el argumento de *es su culpa no sentirse bien*.

El control sanitarista absorbe la tensión política generada por las desigualdades sociales [incluso en plena pandemia es palpable en el periodo electoral la urgencia de los candidatos de apropiarse de las necesidades sanitarias de las poblaciones vulnerables para cooptar votos]. Los servicios sanitarios y los dispositivos de salud pública enmascaran las desigualdades despolitizándolas (Jiménez, 2017: 176-177).

En este punto de la reflexión me pregunto: ¿Por qué aquellos que se mantuvieron trabajando desde el inicio de la pandemia, en las consideradas como labores primordiales para la sociedad, no se les vacunó al principio? Si bien suena lógico que los primeros en la lista fueran las personas de la tercera edad –ya que se consideraron como los más desprotegidos–, así como los médicos que se encontraban en primera línea atendiendo a los enfermos, resulta inquietante que, en el plan de vacunación contra Covid-19, no continuaran con los productores de alimentos o los encargados de transporte y distribución de los mismos, los trabajadores de riesgo y prestadores de servicios que día con día debían salir a barrer las calles o a recoger la basura de las colonias, exponiendo su integridad física en todo momento, pues entre los desechos se encontraban mascarillas, pañuelos o guantes que no se sabía si estaban impregnados del virus o no; la salud de estos trabajadores, para las necesidades del Estado, pareció estar por debajo de la salud de las personas de 70 años o más.

En México, los servicios de salud pública, así como su “uso y efecto están claramente estratificados por la posición socioeconómica” (Ortiz, Pérez y Taméz, 2015: 344); las periferias, los sectores pobla-



cionales con un poder adquisitivo bajo “no tienen acceso a la medicina privada y la atención médica que les proporcionan las instituciones de asistencia pública resulta ineficiente” (Rojas, 1990: 140), pues además del ya mencionado desbordamiento del sistema, la medicina de especialidad puede cotizarse hasta en mil pesos por cita, cosa que con el salario mínimo se vislumbra imposible. Entonces, ¿cómo se mantiene el proletariado sano? O al menos, ¿cómo sobrevive? Marx escribió algo que, a más de 100 años, no ha cambiado mucho:

La explicación está en que acuden a recursos heroicos, cuyo secreto sólo el obrero conoce, mermando la ración diaria, consumiendo pan de centeno en vez de pan de trigo; comiendo poca carne o ninguna, y lo mismo manteca y especias; embutiendo a toda la familia en una o dos habitaciones (hacinamiento), en las que chicos y muchachas duermen revueltos, compartiendo no pocas veces el mismo saco de paja; ahorrando en el vestido, en la ropa interior, en el jabón y el agua; renunciando a las diversiones de los domingos; en una palabra, sometiéndose a las más dolorosas privaciones (1894: 571).

Tomar en consideración a las clases sociales en el estudio de la salud no es puro y llano capricho, como se expuso a lo largo del texto, sirve para “advertir cómo impacta la dominación y explotación de unas clases sobre otras en la salud” (Segura del Pozo, 2017: 145), no dejarlas pasar desapercibidas bajo el argumento de que es lo normal. El ideal de la salud y la lucha contra la enfermedad nos llevan a darnos cuenta que las acciones médicas aisladas son deficientes si no se contempla la realidad socioeconómica de los sujetos, misma que es determinante para emitir cualquier diagnóstico.

“La principal consecuencia de la politización de la salud es que como ‘salud es casi todo’, controlarla supone controlar el orden social” (Jiménez, 2017: 176), esto opera como una ideología de la salud, ya que el anhelo de la misma como un beneficio para todos y la añoranza de poder poseerla hace que cualquier decisión en torno al funcionamiento de la política sanitaria sea recibido sin objetar. A nivel país, el sector salud no parece reconocer que existan desigualdades, al menos en su redacción y en su semblante como institución

benevolente, sin embargo, es palpable la marginación de las zonas rurales en donde el equipo médico acostumbra ser de mala calidad e incluso carecen de médicos de profesión. Las campañas de salud difundidas masivamente suelen ser deficientes, además de mostrar un sesgo individualista; al alentar la idea del *cúrese/protéjase a sí mismo/a* pueden provocar en los sujetos un sentimiento de culpa por enfermarse, lo cual da pauta para una normatividad sanitaria basada en un *deber ser* y *deber hacer*.

### **Conclusión. Un caso concreto: la salud nunca es para todos**

Hablemos de esa *otra pandemia*, como indicaba la frase referenciada al inicio del texto. Las recomendaciones y obligaciones respecto al cuidado del sujeto para combatir el virus y prevenir contagios son por todos bien sabidas: uso del cubrebocas, distanciamiento social de 1.5 metros, uso de gel antibacterial y careta, lavado frecuente de manos y sobre todo mantenerse en confinamiento doméstico el mayor tiempo posible. Ahora bien, a lo largo del texto hemos podido comprender cómo se ha culpado a los sectores bajos y proletarios de no cumplir con los protocolos de sanidad, sin embargo, es preciso remontarnos al comienzo de la pandemia para entender el contexto de esta reflexión.

El 20 de marzo del año 2020 se declaró como pandemia la ola de contagios por Covid-19 a nivel mundial, México suspendió actividades no esenciales durante quince días. ¿Cuáles eran estas? En su mayoría se centraron en actividades de recreación –eventos deportivos, musicales, bares, museos, cines, entre otras– y burocráticas de oficina, así como las clases en todos los niveles educativos; sin embargo, el sector “esencial” de la población debía seguir trabajando apegado a los protocolos establecidos por el gobierno. ¿Cuál es el problema aquí? La industria alimenticia –agricultores, ganaderos y vendedores–, choferes de medios de transporte y obreros de construcción continuaron con su labor, esto se empató con un incremento brutal de precio de aquellos elementos considerados indispensables para

realizar estas tareas; por nombrar algunos ejemplos: la caja de 50 cubrebocas quirúrgicos, cuyo precio normal rondaba los \$80.00, llegó a ser vendida en \$500.00, las botellas de gel antibacterial volaron de las estanterías de farmacias y centros comerciales, sumado al famoso desabasto de papel higiénico, imposible de conseguir en esos primeros días de cuarentena. Entonces, ¿cómo iba a ser posible que a un albañil, cuyo ingreso es prácticamente un salario mínimo, no le afectara destinar la tercera parte de su sueldo para adquirir unos cubrebocas? Ni se diga de los demás elementos. Provocando así que muchos desatendieran las normas, no por necios o ignorantes sino por falta de recursos para cumplirlas.

Caso personal y específico, me permito hablar de cómo ha sido esta pandemia para trabajadores del transporte –en concreto para el servicio de mudanzas–. Es cierto que el trabajo de estibador representa un gran desgaste físico sin ser tan bien remunerado; durante el primer parón de actividades se detuvieron los servicios de mudanza, no por decisión de los trabajadores –ya que muchos viven al día– sino casi de manera obligatoria, debido al miedo de la gente a que un extraño entre a sus casas, toque y manipule todas sus cosas y pueda contagiarlos. Conforme las semanas fueron avanzando, poco a poco los servicios volvieron a ser requeridos, pero ahora los clientes exigían que todos los trabajadores sin excepción usaran cubrebocas, y cada vez que entraran al domicilio tenían que pisar una bandeja con cloro –espero que estemos de acuerdo de dónde se encuentra el problema: ¿qué sucede cuando llevas zapatos viejos, ahora mojados, y pisas una superficie resbalosa como lo son las losetas de una casa?–. Sumémosle la poca visión que se suele tener al momento de caminar mientras cargas contigo un mueble o una caja, el riesgo de accidente se multiplica, y no porque los estibadores no cuenten con un equipo de protección sino porque se les orilla a una situación de mayor peligro y fuera de las posibilidades de control del propio trabajador.

Con esto no quiero decir que los clientes o los dueños de las cosas no tengan razones para tratar de mantener sus casas lo más limpias posible, sin embargo, las medidas sanitarias que se implementaron

de forma general no contemplaban las condiciones de trabajo de algunas profesiones u oficios. Respecto a esto Raúl Rojas dice:

Las ideas, representaciones y valores que se tienen acerca de la sociedad, derivadas de la posición de clase y de los intereses sociales que se defienden, determinan la manera cómo se aprende la realidad y se construye el conocimiento [...] por lo tanto, frente a una misma realidad (frente a la presencia de fenómenos sociales objetivos, es decir, que existen independientemente en nuestra conciencia-voluntad) existen concepciones diferentes de la sociedad que guían el análisis de los problemas y la formulación de las conclusiones, así como las acciones concretas que se emprendan para incidir sobre los mismos (1990: 70).

Conforme avanzó el año pandémico, y en la medida en que más negocios fueron obligados a cerrar temporalmente, muchos de ellos quebraron y cerraron definitivamente; esto significó un incremento considerable en la tasa de desempleo —que se acentuó aún más cuando empresas transnacionales comenzaron a realizar despidos masivos debido a sus bajas ventas—. El comercio informal apareció como ruta de salvación y proliferaron negocios de comida y botanas a domicilio, las aplicaciones móviles como Uber Eats y Didi Food poco a poco fueron contratando empleados mal pagados y que trabajan con su propios recursos —motocicleta, bicicleta, internet y teléfono—, así como bazares de ropa que inundaron las redes sociales, la finalidad era sobrevivir, trabajar.

Continuando con las mudanzas, en un algún punto llegó mucha gente a pedir empleo, a ofrecer su fuerza de trabajo, sin embargo, no había trabajo tal cual, las camionetas podían estar paradas durante semanas, los pocos servicios que aparecían esporádicamente debíamos realizarlos nosotros mismos para economizar gastos. También se presentó la situación en la que los estibadores esperaban por horas algún llamado en la base principal de las camionetas, cuando no se conseguía, ellos igualmente tenían que pagar —con lo poco o mucho que tuvieran ahorrado— sus transportes de vuelta a casa: en lugar de ganar, perdían dinero.

¿A dónde quiero llegar con esto? La pandemia que vivimos es la misma, sin embargo, no todos tenemos los recursos para sobrellevarla de igual manera; los obreros no tienen la culpa –como muchos opinan– ni son irresponsables, las condiciones materiales de trabajo no son como las de la clase burguesa, no es prudente hablar del cuidado de la salud como si fuesen enchiladas, como si todos tuvieran la posibilidad cumplir los mismos estándares. La salud para todos no existe –pese a que está considerada en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como un derecho–, pues en el mundo material y cotidiano se le dificulta a los sectores segregados el acceso al sistema sanitario; se supone que el deber del Estado, o mejor dicho, del sistema de producción, es el de mantener una fuerza de trabajo sana y constante para que sea explotada, es así que establecieron instituciones como el IMSS o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los cuales a nivel burocrático operan más como obstáculos que como facilitadores de la salud. El sistema de salud estatal se ve superado al no cumplir con los menesteres de los mexicanos, el proletariado tiene grandes dificultades para mantenerse sano pues ni los cuidados ni las ganas son suficientes cuando el trabajo y el desinterés de las autoridades se antepone a la enfermedad.

## Bibliografía

- Han, Byung-Chul (2020), *La desaparición de los rituales. Una topología del presente*, Herder, Barcelona.
- Jiménez, Juan (2017), “Relaciones de poder y salud pública”, en V. López y J. Padilla (eds.), *Salubrismo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*, Atrapasueños, Madrid.
- Marx, Karl (1894 [1975]), *El capital*, t. 1, Fondo de Cultura Económica, México.
- Ortiz, Luis, Pérez, Diana y Taméz, S. (2015), “Desigualdad socioeconómica y salud en México”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 3, núm. 53, pp. 336-347.

- Padilla, Javier (2017), “Ideología y salud pública: la influencia determinante de las miradas”, en V. López y J. Padilla (eds.), *Salubrisimo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*, Atrapasueños, Madrid.
- Rocha, Kátia, Muntaner, Carles, González, María, Bernales, María, Vallebuona, Celia, Borrell, Carmen y Solar, Orielle (2013), “Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile”, en Revista *Panam Salud Pública*, vol. 33, núm. 5, pp. 340-348.
- Rojas, Raúl (1983), *Capitalismo y enfermedad*, Folios Ediciones, México.
- Rojas, Raúl (1990), *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica*, Plaza y Valdés, México.
- Segura del Pozo, Javier (2017), “Clases sociales en la salud: el motor de la desigualdad”, en V. López y J. Padilla (eds.), *Salubrisimo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*, Atrapasueños, Madrid.
- Solano, Mary (2004), “El proceso salud-enfermedad en el proletariado”, en *Revista Enfermería en Costa Rica*, vol. 25, núm. 2, pp. 29-31, Colegio de Enfermeras de Costa Rica, San José.

#### *Referencia audiovisual indirecta*

- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (4 de septiembre de 2018), Campaña “Prevención de accidentes laborales”, Ciudad de México. Fecha de consulta: 13 de mayo de 2021 [<https://www.youtube.com/watch?v=cyszmoj7ya4>] / [<https://www.youtube.com/watch?v=eL1lIQfsAVQ>].

Fecha de recepción: 30/05/2021

Fecha de aceptación: 04/11/21