

RIESGO/PELIGRO, AL SERVICIO DE LA SALUD Y SEGURIDAD PÚBLICA

Risk/danger, at the service of Public Health and Safety

M^a Guadalupe Alvear Galindo

Universidad Nacional Autónoma de México

alvear@unam.mx

Resumen:

El propósito de este trabajo es reflexionar sobre cómo la violencia como problema de salud pública ha sido asumida por el Estado no desde la seguridad social, sino desde la seguridad pública y, en particular desde un enfoque del riesgo que no sólo se ha mostrado insuficiente para atender el grave problema que significa la violencia como problema social, sino incluso ha sido señalado como un factor contraproducente en la procuración de su erradicación. Se advierte como la salud pública y la seguridad pública al servirse del enfoque de riesgo para entender el problema de la violencia y explicarlo a través de conductas tipificadas como “riesgosas” trasladadas hacia grupos considerados de riesgo, justifican con ello las políticas de seguridad pública que promueven la presencia de elementos policiacos y militares en el territorio, y contribuyen a invisibilizar otras formas de violencia como la económica o la violencia de Estado. Elementos que justifican permanencia de un “estado de excepción”.

Palabras clave: Salud pública; Seguridad pública; Enfoque de riesgo; Violencia; Prevención.

Abstract:

The purpose of this assignments is to reflect on how violence as a public health problem has been assumed by the State not from social security, but from public security and, in particular from a risk approach that has not only proved insufficient to address the serious problem that violence means as a social problem, but has even been

pointed out as a counterproductive factor in the pursuit of its eradication. It is warned as public health and public safety by using the risk approach to understand the problem of violence and explain it through behaviors typified as “risky” moved towards groups considered risky, thereby justifying the public security policies that promote the presence of police and military elements in the territory, and contribute on the invisibility of other forms of violence, such as economic or state violence. Elements that justify the permanence of a “state of exception”.

Key words:. Public health; Public security; Risk approach; Violence, Prevention.

Introducción

En América Latina, el desarrollo de modelos neoliberales de acumulación del capital ha expandido de forma dramática los índices de desigualdad, pobreza y violencia. En países como México, la erosión del llamado *Estado benefactor* ha sido paralela a la emergencia de un Estado neoliberal que frente a la escalada de la violencia, es una suerte de *Estado de excepción*, un Estado que concentra su fuerza y capacidad de acción en ámbitos policíacos.

En México, podemos remarcar que el Estado casi ha cuadruplicado el gasto en seguridad y defensa entre los años 2000 y 2016 (Benítez Manaut y Aguayo S, 2017). No obstante, a pesar de lo invertido no se han alcanzado las metas de seguridad y las estadísticas reflejan un aumento de violencia e inseguridad desmedida en el país (Benítez Manaut y Aguayo S, 2017). Así, entre el año 1990 al 2018 el número de homicidios pasó de 14,493 a 35, 964 (INEGI, 2019), mientras 121 periodistas fueron asesinados entre el año 2000 al 2018 (Artículo 19, 2019), y del año 2007 a abril de 2018 se han registrado más de 40 mil personas declaradas como desaparecidas ante algún ministerio público a nivel nacional (SESNSP, 2019).

Los datos antes presentados pueden entenderse como la representación real en el ejemplo nacional de fenómenos producidos en el seno de la conformación social y el entramado cultural en torno a órdenes de naturaleza estructural en la organización de las sociedades. Para poder hacer un análisis sobre la violencia es preciso advertir que se expresa de distintos modos y se razona de diferentes maneras. Entre las formas de abordarla, se encuentra la que la equipara con la delincuencia, comprimiéndola a la expresión del delito resultado del acto violento; la calificada como violencia directa, es decir, aquella que se ejerce sobre los cuerpos; la violencia política, la violencia estructural, la cultural.

Otra manera de abordar la violencia es a través de las miradas de diversos campos disciplinarios, lo que ha contribuido a considerarla con particulares perspectivas, destacar distintas características y modos de entender sus causas, las formas en que se presenta y las dinámicas o funciones que asumen las distintas formas de violencia, no hay una manera unívoca de interpretarla. Por los efectos negativos que tiene en lo social y en la salud, la salud pública como campo disciplinario y como política pública considera a la violencia como un problema de su ámbito de estudio y preocupación.

Es el modelo ecológico, construido a partir de criterios de riesgo, la estrategia que la salud pública considera le proporcionará los elementos y las herramientas de análisis para identificar el origen de la violencia, así como para proponer posibles acciones que incidan sobre ella. Presupone que a través de este modelo se explora la relación entre los factores individuales y contextuales, logrando a través de este enfoque considerarla “como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento” (Krug, 2003), sin embargo, desde este abordaje, la violencia es reducida a conductas de riesgo. Por otra parte, pero bajo este mismo razonamiento del riesgo, para disminuir el delito, se encuentra necesario evitar todo aquello que represente una amenaza y favorezca la construcción de espacios de seguridad. Desde esta visión del riesgo, son sugeridas algunas explicaciones y prácticas preventivas de la violencia, pensadas casi siempre desde atributos personales.

La salud y la seguridad públicas comparten abordar el problema de la violencia desde la visión del enfoque de riesgo, “dándole al riesgo el nivel de inferencia en las esferas sociales, políticas, económicas, es decir, a través de diferentes cálculos de probabilidades” (Krug,, 2003).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Informe mundial sobre la violencia y la salud” reconoce a la violencia como un problema de salud pública, la cual ha sido asumida por el Estado no desde la *seguridad social*, sino desde la *seguridad pública* y, en particular, desde un enfoque del riesgo que no sólo se ha mostrado insuficiente para atender el grave problema de la violencia, sino incluso ha sido señalado como un factor contraproducente en la procuración de su erradicación. Con este modelo, la violencia es interpretada como el resultado de la interacción de múltiples factores, se cree que se alcanza a explicar su origen, se asume que es posible “comprender la naturaleza polifacética de la violencia” (Krug, 2003). Sin embargo, entender la violencia desde el enfoque de riesgo, como sugiere Skolbekken, 1995)⁷, es enmarcarla desde la “epidemia del riesgo”, “la cual refleja las construcciones sociales de una cultura particular en un momento determinado de la historia” (Helge, 1998).

Como se mencionó en un inicio, si bien reconocemos las múltiples y complejas lecturas que pueden realizarse sobre la violencia desde distintas disciplinas, la salud pública al explicarla a partir de la probabilidad y trasladar la responsabilidad de ser violentos hacia las conductas de las personas, reduce su interpretación. En el presente trabajo analizaremos cómo a través de compartir el entendimiento de la violencia a partir del enfoque de riesgo la Salud pública y la Seguridad pública, dan forma a la identidad de aquellos que podrán cometer actos violentos y ser considerados como enfermos o como infractores de la ley, ambas recurrirán a las mismas técnicas para prevenirla; así, la Salud Pública desde su planteamiento deviene en un dispositivo de justificación de políticas de vigilancia y control punitivas.

Violencia y salud pública

En 1996, la OMS declaró a la violencia como un problema de salud pública a nivel global. (OMS, 1996)⁹. En las últimas décadas, en México los niveles de violencia han llamado la atención de organismos internacionales. La Open Society Foundations (2016), en su informe “Atrocidades innegables. Confrontando crímenes de lesa humanidad” señala que, durante los nueve años transcurridos desde diciembre de 2006 hasta el 2015, se cometieron más de 150,000 homicidios dolosos. Otra de las cuestiones que preocupa a la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos es la tasa de homicidios, que desde hace años es superior a 10 por cada 100,000 habitantes -niveles de violencia que la OMS considera como epidémicos.

En el informe mencionado, la OMS define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug, 2003). Bajo esta definición, la violencia se restringe al acto violento reducido a lesiones, muerte, daños, trastornos o privaciones; es decir, a la parte visible y cuantificable de la violencia, que para la salud pública se convierte en su objeto de estudio, lo que se entiende como violencia directa, y para seguridad pública se constituye en delito.

Ya desde su definición, se introduce a la probabilidad como la encargada de explicar la ocurrencia de daños o lesiones, retoma el *enfoque de riesgo* y llega a la idea de que las razones del acto violento deben rastrearse a nivel individual, en las conductas de riesgo, consideradas como patológicas. Un análisis que parte de la idea de la existencia de una predisposición de las personas a ser violentas, mide las posibilidades de este comportamiento en relación con factores de riesgo; pone al

centro el ingrediente biológico, materializado en factores de riesgo y resumido en “predisposición a la agresión”.

Desde el riesgo, se considera que ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. Al tratar de dar una explicación multifactorial se pretende decir que se está contemplando el problema de la violencia en toda su complejidad. No obstante, bajo el modelo del riesgo, todos los factores son definidos intrínsecamente en lo individual, lo relacional, lo comunitario y lo social, enmarcándolos en un modelo explicativo que los hace ambiguos y que finalmente se irán traduciendo en relaciones interpersonales.

Al generar categorías de la violencia a partir de quienes son afectados por ella y colocarlas en el mismo nivel de importancia y complejidad, la violencia es descontextualiza, lo social lo transforma en situacional, se "establece que las causas han de buscarse al mismo nivel en que se produce el problema y “proceder a la cacería afanosa de factores individuales de riesgo” (Silva, 2005). Con este modelo, el sujeto, entendido como individualidad social, cultural, con una economía establecida es el principal destinatario del control, las acciones de seguridad pública están justificadas.

La violencia no es comprendida como un acto sistémico. Convierte al individuo precarizado en responsable de la violencia; alimenta una lógica de “criminalización de la pobreza, derivada por un lado de la reestructuración de los mercados económicos y del progresivo desmantelamiento del Estado social y, por el otro, de un proceso de construcción social de las clases marginales como clases peligrosas” (Tinessa, 2010). Ya no es útil ni necesaria una gran masa de fuerza de trabajo disciplinada, cuyos miembros innecesarios y excluidos del sistema productivo engrasarán las filas del desempleo, se convertirán en un conjunto de anormales que mirarán hacia la desviación y el delito.

Así, la violencia como problema colectivo, se simplifica teóricamente, una cuestión cuya magnitud se le desborda a la salud pública. Pensar de esta forma a la violencia implica enmarcarla y contenerla bajo formas que, a su vez, desconocen otras visiones. Siguiendo a Butler (2011) “no hay un solo marco y los marcos no son precisamente estáticos [...] el marco no simplemente contiene o exhibe lo que contiene, sino que participa activamente en una estrategia de contención, produciendo y haciendo cumplir de un modo selectivo lo que se contará como realidad”. Como instrumentos de control social se definen determinadas orientaciones de la política; la salud pública como política pública, es el dispositivo que institucionaliza la producción del saber que determina la exclusión de otros saberes y maneras interpretativas, en este caso, de la violencia.

Desde el enfoque de riesgo se colabora a ocultar el ejercicio de la violencia sistémica como “una instancia social fundamental en la conformación, mantenimiento y ampliación de los procesos de dominación y diferenciación definitorios de las relaciones sociales del capitalismo” (González, 2018). El origen de la violencia es transferido hacia las conductas de los individuos y planteado como inherente; no se enmarcan sus acciones en una lógica general del sistema social. Al explicar a la violencia desde este discurso, pone al centro el “carácter multidimensional del riesgo [...] convertido [éste] en una cuestión social, política, económica, jurídica y ética (Urteaga Eguzki y Eizagirre, 2013), contribuye a recubrir la desaparición del Estado de bienestar y su sustitución por el Estado neoliberal.

Desde la salud pública, en particular en el estudio de la violencia, se contribuye a construir lo que Wacquant (2001), denomina “El estatus de infra-clase con el cual se estigmatizan los pobres [y que] viene concebido desde afuera, o sea, desde la sociedad “oficial” y, sobre todo, desde arriba, desde los especialistas de la producción simbólica –políticos, periodistas, poderes oficiales– con el fin de etiquetar a los presuntos miembros de tal clase y poder ejercitar un poder de control y disciplinamiento sobre ellos”.

Violencia y riesgo

La asunción de las enfermedades crónico-degenerativas como los principales problemas de salud, trajo consigo la interpretación de su origen como resultado de la interacción de múltiples factores, “adoptando al riesgo como objeto de conocimiento de la epidemiológica” (Almeida Filho, Castiel, Ayres, 2009)¹⁶. Asimismo, “el objeto de la epidemiología es de naturaleza probabilística” (Almeida Filho, Castiel, Ayres, 2009). Las diferencias o similitudes en la población estarán dadas por esa probabilidad; así, por ejemplo, las personas diabéticas, tendrán mayor probabilidad de ser diabéticas que las que no lo son, también, los jóvenes tendrán mayor riesgo de ser violentos en relación con los que no lo son.

A partir de medidas de frecuencia, medidas de asociación, de impacto, y hasta complejos modelos, el enfoque de riesgo intenta explicar el origen y la distribución de la violencia en la población, se suman distintos factores hasta llegar a la alineación de perfiles de riesgo; para su diseño, se irán sumando características personales como la escolaridad, el ser hombre o mujer, el ser pobre o no, y los que sean necesarios, que indicarán si el individuo es o no considerado violento. Se pretende que desde el enfoque de riesgo la salud pública incluye el ingrediente social que se le da a la violencia al decir que “explora la relación entre los factores individuales y contextuales, y la considera como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento, pero en la práctica reduce el componente social a factores

familiares, comunitarios, culturales y “*otros agentes externos*”, haciendo hincapié en la socialización como un elemento clave, reducida a conductas y a la violencia interpersonal.

Se da por hecho que el riesgo es inevitable. La presencia del riesgo social se normaliza y se asume que sólo puede ser gestionado a través de una intervención sobre el ambiente, sobre los comportamientos exteriores de los grupos sociales (De Gordi, 2005)¹⁷. Se le proporciona la base científica a través del cálculo de probabilidades, con estudios de la violencia que estigmatizan conductas, que parten de factores personales, culturales e institucionales en la violencia de pareja en mujeres (Herrera C, Rajsbaum, Agoff, Franco, 2006)¹⁸, con la descripción de la prevalencia de homicidios Soberón, et al 2006), su impacto en la esperanza de vida (Gonzalez, et al 2012), o en suponer a la violencia como resultado del consumo de sustancias psicoactivas (Medina Mora y Natera, Borges, 2001), transmutando las conductas de riesgo en conductas delictivas.

A través de diferentes cálculos de probabilidades, se pretende prevenir el riesgo y alcanzar la seguridad esperada, “si la pobreza se debe principalmente al comportamiento de los pobres y no a las barreras sociales, lo que hay que cambiar es entonces ese comportamiento y no la sociedad. [...] La política social abandonó progresivamente la meta de reformar la sociedad y ahora se preocupa, en cambio, por supervisar la vida de los pobres”(Almeida Filho, Castiel, Ayres, 2009). La prevención estará dirigida hacia todas aquellas conductas que se alejen de lo considerado “normal”. Ya no es necesario el control individual, “se trata de gestionar [a] las poblaciones de riesgo que habitan los territorios de la exclusión, vigilándolas según criterios de eficacia y de costos mínimos”(De Giorgi, 2005).

A partir de este discurso del riesgo las “conductas saludables”, cobran importancia como forma de regulación social, en donde “el consumo generalizado se ha convertido en un eficiente dispositivo de normalización, de homogeneización de hábitos e imaginarios” (Inclán, 2018). La responsabilidad de mantener esas conductas saludables será colocada en cada uno de nosotros, donde las percepciones de uno mismo y de los otros estarán basadas en el peligro. Bajo el criterio de normalidad, se magnificará el discurso sobre la peligrosidad, del grupo de riesgo, de la zona de riesgo, el control se dirige ahora hacia los lazos de interacción social que se difunden socialmente -dime con quién andas y te diré quién eres- instituyéndose su contraparte, la seguridad, las políticas serán selectivas y punitivas, organizadas y ejecutadas desde el ámbito institucional.

No obstante, de reconocerse en la salud pública que el planteamiento del enfoque de riesgo no es solamente técnico sino es una herramienta a través de la cual se establecen “las decisiones sobre la selección inicial de indicadores y factores de

riesgo [y que] involucra, además de los conocimientos técnicos del problema, aspectos políticos e ideológicos [y] que dependen de las intervenciones que se contemplan como posibles o deseables en una estructura sociopolítica específica” (Castillo Salgado, 1999), a pesar de señalarlo, “las explicaciones y decisiones en torno a los problemas de salud son a partir de “tomar el riesgo como indicador de causalidad [...] reafirmar su base inductiva, frecuentista, ficheriana” (Almeida Filho, et al, 2009), dar una explicación causal a partir de contrastar hipótesis probabilísticas (Banegas J, et al, 2000). Con esta explicación, la violencia es planteada como una probabilidad y explicada a través de modelos utilizados en el paradigma dominante en la epidemiología moderna; es decir, construidos como modelos de riesgo. Bajo este planteamiento de que la violencia es un fenómeno derivado del riesgo/peligro, el Estado considera que para disminuir el delito es necesario evitar todas aquellas conductas que represente un riesgo, empleando para ello a la seguridad pública.

Es desde este planteamiento que se pretende dar racionalidad y objetividad a la forma en que la salud pública establece el problema de la violencia, y trata de justificar que es una disciplina que cuenta con las herramientas teóricas y técnicas para explicar el origen de la violencia en toda su complejidad. Sin embargo “...la idea de esta causalidad es verdaderamente utópica: la misma no encuentra correspondencia en la realidad social” (De Gorgi, 2005). En la sociedad no se pueden determinar lugares de la causalidad. Por ello, toda determinación de este tipo es utópica.

No se puede entender y analizar a la violencia sin comprenderla como consecuencia de la imposición de políticas económicas de orden neoliberal que implica una creciente desigualdad social, flexibilidad laboral, exclusión social, y la persistente pobreza, con la consiguiente explosión de la inseguridad y de la precariedad, que elimina aquellas garantías sociales concedidas en el modelo del Estado de Bienestar.

Grupos de riesgo y violencia

El término de vulnerabilidad se encuentra asociado al riesgo y ha sido ampliamente utilizado en discursos y prácticas desde las perspectivas de las ciencias naturales, las ciencias aplicadas y las ciencias sociales. La salud pública los utiliza para señalar a grupos y situaciones, los supone como la probabilidad de que se materialicen ciertos peligros y amenazas.

En la salud pública los grupos de riesgo se conforman con aquellos individuos que comparten características que se supone incrementan la probabilidad de presentar

un daño, que se pueden inscribir como vulnerables. En este sentido, como señala Castillo, “la vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc., las que, reunidas, confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro” (Castillo Salgado, 1999).

Con la utilización de metodologías de cuantificación y tratamiento del riesgo, serán definidos los dispositivos para seleccionar y agrupar a la población que se considera peligrosa y que habrá que mantener bajo control, tratados como *grupos productores de riesgo*; así, por ejemplo desde la salud pública como explicación para la violencia hacia menores de edad se supone que “varias características de la personalidad y del comportamiento han estado vinculadas en muchos estudios con el maltrato y descuido de menores. Los padres con más probabilidades de maltratar físicamente a sus hijos suelen tener una baja autoestima, poco control de sus impulsos y problemas de salud mental, además de mostrar comportamientos antisociales (Krug E, 2003). Se hace una extrapolación de las características individuales hacia la conformación de grupos de riesgo.

Al clasificar a los grupos de riesgo a partir de probabilidades para ser violento; como señala Torrente y Farrás (2001), las conductas son normalizadas, es decir, se identifica un modelo de conducta normal y, a partir de él, se definen personas o grupos “de riesgo”, Desde el riesgo se construirán perfiles de “peligrosos” a partir de los cuales se organizarán grupos, y de esta manera, “el control no se ejerce ya tanto sobre individuos concretos desviados (actuales o potenciales), cuanto sobre sujetos sociales colectivos que son institucionalmente tratados como grupos productores de riesgo” (De Giorgi , 2005).

Los modelos de riesgo utilizados en el paradigma dominante, en la epidemiología moderna, operarán como el razonamiento que justifica el carácter punitivo de las políticas de salud pública, así, “el control en la sociedad capitalista no es solo ideológico, sino que opera directamente en el cuerpo. Siendo el primer objeto socializado y el centro de interés en la sociedad capitalista el cuerpo es una “realidad biopolítica” y la medicina una “estrategia biopolítica” (Salinas Araya,2013). Esta tendencia al control del cuerpo como una estrategia desarrollada desde las principales instituciones del Estado (jurídica, médica, psiquiátrica) transita a su vez en los márgenes de la creciente medicalización de la salud pública, delineada desde el siglo XIX, y legitimada en sus prácticas y organización para enunciar lo “normal” y lo “patológico” desde los aparatos jurídicos del Estado(Salinas Araya,2013).

El discurso de la salud pública, entonces, funciona como mecanismo modelador de comportamientos, aquellos que se aparten de la “normalidad” dejarán de ser

“conductas saludables” y justificarán las acciones punitivas contra todo aquel sea considerado un riesgo social. Así por ejemplo los usuarios de sustancias psicoactivas se considerarán como conductas anormales, se constituirán en un grupo de riesgo que fácilmente se convertirá en infractor de la ley y bajo esta característica podrán considerarse delincuentes, se les aderezarán otras características como desempleo, ser hombre y joven.

Desde la salud, se explicará la violencia entre los jóvenes, como resultado de “los cambios demográficos rápidos en la población de jóvenes, la modernización, la emigración, la urbanización y la modificación de las políticas sociales han estado todos vinculados con un aumento de la violencia juvenil” (Krug E, 2003). De esta manera se encubre que políticamente los grupos precarizados, ya no interesan, nunca serán verdaderos consumidores, ya no constituyen el “ejército de reserva de mano de obra”, en ellos se depositan los temores y los miedos construidos por la clase política y por los medios de comunicación de masas.

Para preservar las condiciones de seguridad que se consideran amenazadas por otros grupos sociales, la vigilancia en el vecindario será vista como la salida, las Policías y ciudadanos cooperaran entre sí, se organizarán en una red que observa, identifica, denuncia y captura a los sujetos considerados “*peligrosos*”. “El anormal/peligroso sustituido por la clase peligrosa, se gestionará como población de riesgo que habita territorios de la exclusión, vigilandos bajo los criterios de eficacia y de costos mínimos” (De Gorgi, 2005). La cárcel se convertirá en una estrategia del control social, legitimará al poder punitivo al pregonarlo como merecido castigo, será el aparato que tendrá la función de *desalentar* comportamientos anormales.

La política de seguridad pública será la medida de prevención y control de la violencia y criminalidad, la violencia se utilizará de manera diferencial como forma de control social a través de generar miedo, de disciplinar o castigar a distintos grupos vulnerables de la población. Así, “El objeto aparente de castigo es la delincuencia de los “jóvenes”, las “violencias urbanas”, los múltiples desórdenes, cuyo crisol serían los “barrios sensibles”, y las faltas de urbanidad; de las cuales, paradójicamente, son sus propios habitantes las mayores víctimas y, a la vez, los primeros culpables (Wacquant, 2001). Ante esta situación, la respuesta estatal es con políticas que responsabilizan a la ciudadanía de sus “conductas patológicas/delictivas”, tocándose entre sí las medidas de prevención propuestas desde la salud pública y la seguridad pública bajo la óptica de la disminución del riesgo.

Salud/Seguridad pública

“El concepto de seguridad inunda todos los espacios de la vida social. Ya no hay límites para asociar el concepto de seguridad a los diferentes campos de la acción y del conocimiento humano, hablamos [...] de seguridad nacional e internacional, de seguridad humana, de seguridad pública o privada, interior o civil; se habla de seguridad jurídica, económica, sanitaria, de seguridad medioambiental, seguridad laboral” (Cossarini P, 2013), pero como instrumentos de control social también se definen determinadas orientaciones de la política, el riesgo es inherentemente su contraparte. Desde la salud y la seguridad pública de antemano, bajo el discurso de “conductas saludables” se establece la presencia del riesgo, ya se esperan conductas normales y conductas desviadas, estas últimas, necesitarán ser reintegradas a la normalidad y serán juzgadas como riesgo social.

Así, bajo el planteamiento de que la violencia es un fenómeno derivado del riesgo/peligro, el Estado considera que para disminuir el delito es necesario evitar todo aquello que represente un riesgo y considera necesario construir “espacios seguros”, empleando a la seguridad pública como el dispositivo encargado de lograr dicho objetivo. Desde este punto de vista, la salud pública funciona para la seguridad pública como un discurso legitimante de la conducta normal al considerar a las “conductas de riesgo”, como conductas patológicas, fácilmente trasladables a conductas delictivas, las cuales se establecen como el problema social de la violencia.

Como dispositivos de control que se proyectan al futuro, la prevención y tratamiento de la anormalidad serán temas centrales no sólo desde el punto de vista teórico vistos a través del enfoque de riesgo, sino sobre todo, desde una posición política, que implica un actuar. Se formulará que "es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos, de la misma manera en que las medidas de salud pública han logrado prevenir y disminuir las complicaciones relacionadas con el embarazo, las lesiones en el lugar de trabajo, las enfermedades infecciosas y las afecciones resultantes del consumo de alimentos y agua contaminados en muchas partes del mundo" (Krug E, 2003). Para la prevención temprana de la violencia, se decide tomar la aparición temprana del comportamiento agresivo como un signo precoz y altamente predictivo de la violencia adulta (Klevens J, Montoya, 2003).

Una vez otorgado al riesgo el poder explicar la violencia, la salud y la seguridad pública también le conceden la habilidad anticipatoria al mencionar que la “prevención de la violencia tendrá más probabilidades de éxito si es integral y con base científica” (Krug E, 2003). Desde el Estado neoliberal, sea como enfermedad o como delito, representarán un fenómeno anormal de posible prevención, a través de la represión, tratando de reducirlo a los menores costos y con los mayores beneficios,

promoviéndose “un desplazamiento gradual del objetivo de la política criminal: de la recuperación del desviado a la tutela de la seguridad pública y la preservación del orden. En esta fase, la desviación empieza a ser pensada políticamente en términos de «gestión» del riesgo” (De Gorgi, 2005).

Se buscará erradicar la violencia como si fuera una enfermedad, con estrategias para disminuir el riesgo a través de la realización de programas con criterios preventivos similares a los aplicados en el ejercicio de operativos militares, se buscara tener un “control de las enfermedades” a través de las “campañas de vacunación”, los “cercos epidemiológicos”, la “vigilancia epidemiológica”; para la prevención de la violencia será importante “incentivar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante el desarrollo, y en modificar las actitudes y los comportamientos en los individuos que ya se han hecho violentos o corren el riesgo de atentar contra sí mismos” (Krug E, 2003)⁵; sin embargo, la complejidad de la violencia no responde a este tipo de paliativos.

Desde la seguridad pública se planteará necesario para la prevención del delito, “atender los factores de riesgo y promover factores de protección vinculados a la violencia y la delincuencia” (Rendón Cárdenas y Santibón, 2014), centrada en las conductas, la prevención se implementará con medidas represivas, se asumirá que las Policías contribuirán a disminuir el delito al suponer que entre sus funciones está el “mantener el orden y la paz públicos, por lo que su actividad mediadora de conflictos es fundamental para frenar conductas de escalamiento de la falta administrativa, a los delitos comunes y de estos a los de alto impacto” (SSP, 2012); la acción punitiva y la cárcel serán las sanciones utilizadas como mecanismos de prevención y control, se evitarán cuestionamientos sobre la constante ausencia de la inversión en políticas sociales y se establecerá una política criminal, económicamente redituable -las cárceles, también son un negocio- proclamada por la sociedad ante su sentida necesidad de protección. El éxito de las medidas preventivistas realizadas a través de programas, se medirá con criterios de rentabilidad, de costo/beneficio tanto para la disminución de los daños a la salud, como de la criminalidad.

Asimismo, mediante el discurso del riesgo se establece una relación entre violencia directa y criminalidad explicada a partir de la relación típica entre consumo de drogas y crimen. La salud y la seguridad públicas compartiran el objeto de interés: la violencia directa, organizada y cuantificada desde la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) (OMS, 2015), bajo el rubro de mortalidad por "Causas externas de traumatismos y envenenamientos", mostrará la magnitud del problema a través de contar y sumar el número de muertes clasificadas como homicidios,

suicidios, accidentes, lesiones, etc. La violencia directa/delictiva, resultado de conductas de alto riesgo, en grupos de edad específicos, de esta manera se amalgama y confunde la violencia con delincuencia.

La incidencia delictiva funcionará como un instrumento de control social, al servir como intermediaria para establecer la relación entre el poder y la anormalidad, para definir normas y para contrastar lo normal con lo patológico, para justificar la intervención en distintos grupos que su contención será a través del ejercicio de la violencia. La prevención se concentrará en la punición, exclusión y castigo a través de organismos de la seguridad pública. Este desvío de la atención hacia la criminalidad produce un fenómeno de ocultamiento donde, como señala Rovira (2013), la verdadera violencia, no es advertida, es reemplazada.

Para atenuar la incidencia delictiva, y coadyuvar a reducir la percepción de inseguridad de la población en determinados espacios urbanos, la salud y la seguridad pública dirigirán sus acciones de prevención hacia el control de situaciones y espacios; se construirán lugares “libres de riesgo” en los distintos espacios colectivos. Se pretenderá que con medidas preventivas encaminadas a reducir las condiciones ambientales que favorecen los comportamientos *anormales/delictivos*, disminuir las oportunidades para la comisión de delitos a partir de generar ambientes “seguros y saludables”, atravesadas por un conjunto de estrategias dirigidas a contener las variables que inciden en la producción de comportamientos; así, una calle oscura será un riesgo para la comisión del delito, para su prevención se implementará un gran alumbrado público, se tratarán de crear “escuelas seguras”; en las escuelas, se implementarán los “operativos mochila”.

La prevención será situacional, “sin considerar a los factores sociales, culturales y económicos que ocasionan la desviación, se alzan barreras que deben mantener separadas dos clases de individuos: por una parte, los que producen riesgo, por otra los que lo consumen (principalmente en forma de policías privadas, sistemas de seguridad y seguros de todo tipo”. [...] “Ante esta perspectiva lo que parece fundamental es el comportamiento evidente del sujeto, sin tomar en cuenta las motivaciones, las necesidades, las privaciones. No importa si o en qué forma es posible inducir la adhesión subjetiva a determinados códigos de comportamiento; el único objetivo es la reducción cuantitativa y cualitativa de las conductas que puedan causar un perjuicio a la seguridad de la comunidad”(De Gorgi, 2005), tocándose entre sí, las medidas de prevención propuestas desde la salud y la seguridad públicas bajo la óptica de la disminución del riesgo.

Consideraciones finales

Ante el cambio de un “Estado de bienestar” por un “Estado de seguridad”, se crea una nueva visión del riesgo, se sustituyen esquemas propios del sentido público de la salud, hacia nociones donde lo público sólo es la seguridad individual. Esta reducción del ámbito de lo público responsabiliza al individuo de su propio bienestar, se permuta el discurso del bienestar por el de la seguridad.

“La percepción del riesgo es [...] un proceso social y en sí misma una construcción cultural” (García Acosta, 2005). A través de la “cultura del riesgo”, las “conductas saludables” son la estrategia para preservar la salud y la seguridad pública; se convierte en la manera de prevenir la enfermedad y el delito, y en la estrategia de procuración de salud y justicia.

El enfoque de riesgo es igualmente aplicado al ámbito de la salud como al de la seguridad; la prevención se centra en la promoción de estilos de vida saludables, esperando que el individuo sea el responsable de su salud, de su bienestar y de su seguridad.

Desde la salud y la seguridad pública a partir de clasificar a las personas dentro de grupos contruidos a través de medidas probabilísticas que los igualan a partir de factores de riesgo la violencia se colectiviza. El perfil típico de violentos, se corresponderá con “conductas anormales”, las cuales tendrán como función legitimar la exclusión de aquellos grupos con una situación previa de exclusión sea económica, política y cultural.

Desde el enfoque de riesgo, la salud/seguridad pública tienen como fin la evitación del riesgo/peligro, -modelo anticipatorio-, la prevención se vuelve un elemento central de todas aquellas políticas encaminadas a mantener espacios seguros y conductas saludables, emitidas bajo el discurso de la salud y la seguridad públicas como aquellas disciplinas científicas responsables de mantener la salud colectiva y la paz social. Con este modelo explicativo, el enfoque de riesgo funciona como soporte teórico y sustento empírico. Como menciona Helge (1998), “se cubre la necesidad de encoger el presente, de reducir la sensación de inseguridad, anticiparse al futuro y tranquilizar a las sociedades” al proponer formas para prevenir la violencia desde la normalización de las conductas.

Tras compartir al violencia directa como “objeto de interés” la salud pública/seguridad pública, la violencia directa/violencia criminal, se utilizarán de manera diferencial para disciplinar o castigar a distintos grupos de la población; como señala (Neoclus 2016)³⁴, servirán para justificar la seguridad como modo de gobierno,

frente “al poder del capital monopolista internacional en el ámbito de la producción, finanzas, servicios y comercio, mediante estrategias regresivas como la superexplotación laboral, el rentismo y la depredación de la naturaleza (Márquez Covarrubias, 2005). La violencia directa se abreviará en estadísticas a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades y se traducirá por la salud pública en y por la seguridad pública como actos patológicos y/o criminales.

El Estado moderno tiene, entonces, como principal función asegurar la normalización, la regularidad, la homogeneidad y la homeostasis poblacional. “Y lo que se produce es una política racial de alteridad, la constitución de sujetos “dispensables”, “desechables” a quienes se puede dejar morir o hacer morir para “defender” y resguardar la propia población” “- Giena Andrea, 2012), de mantenernos en un permanente “estado de excepción”.

La salud pública como política pública está obligada a explorar otras maneras de estudiar la violencia como un problema, es necesario tratar de traducir en su práctica su carácter político y social. Es necesario señalar y eliminar los obstáculos que dificultan el funcionamiento de los procesos vitales para conseguir la salud de la población. Es necesario que, para intentar incidir en ella, se le entienda desde una estructura que permita insertarla y entenderla desde un contexto social.

La publicación de este trabajo ha sido posible gracias al financiamiento que la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico dio al proyecto PAPIIT NI306719.

Bibliografía

- Almeida Filho Naomar, et al (2009): “Riesgo: concepto básico de la epidemiología”, *Salud Colectiva*, 5(3),pp.323-44. [citado 22 Marzo 2023].. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111844003>
- Artículo 19 A.C. “Periodistas asesinados en México, en relación con su labor informativa” Disponible en: <https://articulo19.org/periodistasasesinados/>
- Banegas J, et al (2000): “Popper y el problema de la inducción en epidemiología”, *Esp Salud Pública*,74(4),pp. 327-339. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>
- Benítez R y Aguayo S (2017): *Atlas de la Seguridad y la Defensa de México*. 1ª ed. México: Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República; 2017. 504 p.

- Butler, J (2011): “Marcos de Guerra: las vidas lloradas”. España: Paidós SAICF;.
- Castillo Salgado C (1999): “Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil” ,Washington DC: OPS, pp. 13,22. Disponible en: <https://iris.paho.org/>
- De Giorgi A (2005): “Tolerancia cero. Estrategias y prácticas de la sociedad de control”. 1ª ed. España: VIRUS editorial;. 183 p.
- Cossarini P (2013): “Deconstruir la seguridad: relaciones internacionales y pensamiento político”. Relac. Int. (2), pp.155-162. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/>
- García Acosta V (2005): “El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos”. Desacatos. (19),pp. 11-24. Disponible en: 2005. <http://www.scielo.org.mx/>
- Giena Andrea (2012): “Necropolítica: Los aportes de Mbembe para entender la violencia contemporánea” En: Necropolítica, violencia y excepción en América Latina. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 1, pp.11-31. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/252957474/>
- González F (2018): “Geografía Y Violencia. Una Aproximación Conceptual Al Fundamento Espacial De La Violencia” Estructural. 1ª ed. México: Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. 77 p.
- González G, et al (2012): “Mortalidad por homicidios en México: tendencias, variaciones socio-geográficas y factores asociados”. Ciênc Saúde Coletiva (12) pp.3195-3208. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/05.pdf>
- Herrera C, et al (2006): “Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México”. Salud Pública Méx. 48 (1), pp.S259-S267. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/>
- 8- Helge O (1998): “Is imposing risk awareness cultural imperialism?” Soc. Sci. Med. 47(9), pp.1155-1159. Disponible en: <https://ac.els-cdn.com/>
- Inclán I (2018): “Violencia y diseño de territorios. La relación negada de la economía contemporánea en América Latina”. De Raíz Diversa 5(9), pp.21-42. Disponible en: <http://latinoamericanos.posgrado.unam.mx/>
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019): “Mortalidad. Conjunto de datos: Defunciones por homicidios” México: Consulta interactiva de datos Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/>
- Klevens J y Montoya E (2003): “Un Abordaje de la Violencia desde la Salud Pública: el Proyecto de Prevención Temprana en Medellín”. Rev. Salud Pública. 5(1), pp.24-39. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/>

- Krug E (2003): “Informe mundial sobre la violencia y la salud”. Washington DC: OPS. pp.3 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
- Medina Mora E, et al (2001): “Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental” 24(4), pp.3-19. Disponible en: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2404/sm240403.pdf>
- Márquez Covarrubias H (2015): “La razón criminal del narcocapitalismo”. Rev Observatorio del Desarrollo. (14), pp.32-46. Disponible en: <https://www.estudios-deldesarrollo.mx/observatorio/ob14/4.pdf>
- Neocleous M (2016): “La lógica de la pacificación: Guerra-política-acumulación”. Athenea Digital. 16(1), pp.9-22. Disponible en: <https://atheneadigital.net/article/view/v16-n1-neocleous>
- OMS. Organización Mundial de la Salud (1996): WHA 49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. En: 49ª Asamblea Mundial de la Salud; 1996 Mayo 20-25; Ginebra, Suiza. OMS.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2015): “Clasificación Internacional de Enfermedades-10 Washington” DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-cie-10-10ma-revision.pdf>
- Open Society Justice Initiative (2016): “Atrocidades innegables. Confrontando crímenes de lesa humanidad en México” [2ª ed. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.justiceinitiative.org/uploads/pdf>
- Rendón Cárdenas et al (2014): “Prevención social de la violencia y la delincuencia. Herramientas para el desarrollo de estrategias de intervención”. Ciudad de México: Segob-Inacipe, pp. 91.
- Rovira G (2013): “Activismo mediático y criminalización de la protesta: medios y movimientos sociales en México”. CONVERGENCIA. 20(61), pp.35-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10524674002>
- Salinas Araya, A (2013): “Economía política y biopoder. Foucault en Río de Janeiro 1973-1974 Fragmentos de filosofía” (11), pp. 77-98. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/>
- SESNSP. Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2019): “Registro Nacional de Datos de Personas Extraviadas o Desaparecidas”. México: SESNSP. Disponible en: <https://www.gob.mx/sesnsp/>
- SSP. Secretaría de Seguridad Pública. Subsecretaría de prevención y participación ciudadana (2012): “Modelo de prevención social del delito.” México. Disponible en: <http://www2.congreso.gob.pe/sicr/ssp.gob.pdf>

- Silva L (2005): “Una Ceremonia Estadística para Identificar Factores de Riesgo”. *Salud Colectiva* 1(3), pp.309-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/>
- Skolbekken J (1995): “The risk epidemic in medical journals”. *Soc. Sci. Med.* [Internet]40(3), pp.291-305. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/>
- Soberón, G et al (2003): “La violencia como un grave problema de salud pública”, *Caleidoscopio de la salud.* pp. 57-67. Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/03LaViolenciaGraveProblema-Caleidoscopio.pdf>
- Tinessa G (2010): “Marginados, minorías e inmigrantes: criminalización de la pobreza y encarcelamiento masivo en las sociedades capitalistas avanzadas”. En: *Miradas en Movimiento* (3), pp.39-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/>
- Torrente D et al (2001): “La seguridad como construcción social. Análisis del caso de las estaciones de servicio de Cataluña”. [España: Universidad de Barcelona, pp.38 Disponible en: <http://www.jmcpri.net/publicaciones/>
- Urteaga E y Eizagirre A (2013): “La construcción social del riesgo”. *EMPIRA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales* (25), pp. 147-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297125768006.pdf>
- Wacquant L. (2001): *Parias Urbanos*. 1ª ed. Argentina: Manantial. 44 p.