



PANOPTÉS
ESTUDIOS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL
Y DERECHOS HUMANOS

Año 1 | Volumen 1 | Número 1 | Abril 2026





Revista PANOPTÉS ESTUDIOS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y DERECHOS HUMANOS es una publicación científica de la Universidad Autónoma del Estado de México adscrita a los Estudios de Posgrado en Accesibilidad Universal. La revista invita a la reflexión, la problematización y la contrastación de conceptos e ideas, teniendo como objetivo publicar artículos originales de alta calidad sobre estudios transdisciplinarios en torno a la Accesibilidad Universal, atendiendo sus tres dimensiones: física-cognitiva, normativa y actitudinal.

Revista PANOPTÉS ESTUDIOS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y DERECHOS HUMANOS de formato electrónico acoge diversas contribuciones inéditas del ámbito de la arquitectura, urbanismo, psicología, educación, derecho y derechos humanos, filosofía, humanidades, medicina, terapia física, entre otros, relacionados con la accesibilidad universal, entendida como la estrategia para alcanzar la inclusión en todos los ámbitos. Busca construir diálogos a través de una convocatoria abierta y permanente enfocada a investigadores, académicos, profesionales y estudiantes, para promover el intercambio y fortalecer la accesibilidad universal como propuesta transcompleja para no dejar a nadie atrás, en cumplimiento con los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Los contenidos se seleccionan en consideración de la calidad, originalidad, pertinencia temática y rigor metodológico.

Revista PANOPTÉS ESTUDIOS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y DERECHOS HUMANOS es de circulación semestral. Su distribución digital es de acceso universal, gratuito, libre y abierto. No se cobra ningún tipo de tasas, ni de publicación, ni de suscripción o visualización, los artículos están a disposición de los lectores sin tarifas ni pagos asociados. Los artículos se reciben en español. **La selección de artículos se realiza mediante el sistema de revisión por pares, en modalidad doble ciego.**

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido aquí publicado sin fines de lucro, siempre y cuando no se modifique, se cite la fuente completa y su dirección electrónica. Hecho en México Universidad Autónoma del Estado de México

Diseño de portada e interiores: Dr. en Dis. Azael Pérez Peláez

Revista Panoptés Estudios de Accesibilidad Universal y Derechos Humanos, Año 1, Número 1, Abril de 2026.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.



DILEMA INDEXICAL EN EL SECTOR SALUD ACCESIBILIDAD UNIVERSAL ESTIGMATIZADA O PRACTICAS TOKENISTAS

Jocelyn Dafne Valenzuela Romero
Universidad Autónoma Metropolitana
jovaraq820418@gmail.com
Orcid 0000-0002-8295-0207

RESUMEN

Los dilemas indexicales son situaciones en donde el significado de un signo no es fijo, en el sector salud se refiere a cómo los significados de ciertos términos, prácticas o espacios arquitectónicos pueden variar según el contexto, afectando la percepción de quien lo ocupa; bajo este argumento, podemos entender que en ocasiones la accesibilidad universal es estigmatizada y se presenta como un problema, ya que, a pesar de la apariencia de inclusión persisten las barreras para acceder a un trato digno que solo fomentan las prácticas tokenistas, entendidas como los cambios superficiales implementados sin un enfoque real en la necesidad de las personas.

La investigación busca evidenciar y proponer políticas públicas para eliminar las barreras, promoviendo un enfoque holístico con la integración real del modelo biopsicosocial y la accesibilidad universal, en donde se reconozca que la complejidad de la salud va más allá de lo biomédico. El objetivo pretende erradicar estigmas, para mejorar la comunicación y fomentar un entorno inclusivo; por lo tanto, se propone la metodología ontosemiótica para abordar esta problemática, enfocándose en el análisis de la comunicación de los signos utilizados en el sector salud. Esta perspectiva permite una comprensión más profunda de las interacciones y significados.

Palabras clave: biopsicosocial, dilema indexical, estigma, accesibilidad universal, ontosemiótica, tokenismo

INDEXICAL DILEMMA IN THE HEALTH SECTOR STIGMATIZED UNIVERSAL ACCESSIBILITY OR TOKENIST PRACTICES

ABSTRACT

Indexical dilemmas are situations where the meaning of a sign is not fixed. In the health sector, this refers to how the meanings of certain terms, practices, or architectural spaces can vary depending on the context, affecting the perception of the occupant. Under this argument, we can understand that universal accessibility is sometimes stigmatized and presented as a problem, since, despite the appearance of inclusion, barriers to accessing dignified treatment persist, only fostering tokenistic practices, understood as superficial changes implemented without a real focus on people's needs.

This research aims to identify and propose public policies to eliminate barriers, promoting a holistic approach with the genuine integration of the biopsychosocial model and universal accessibility, recognizing that the complexity of health extends beyond the biomedical. The objective is to eradicate stigmas, improve communication, and foster an inclusive environment. Therefore, the onto-semiotic methodology is proposed to address this issue, focusing on the analysis of the communication of signs used in the healthcare sector. This perspective allows for a deeper understanding of interactions and meanings.

Keyword: biopsychosocial, dilemma indexical, stigma, universal accessibility, onto-semiotics, tokenism.

INTRODUCCIÓN

Normalmente en los espacios arquitectónicos la accesibilidad universal o su falta pasa desapercibida, hasta que llega un día en el que, por algún motivo, nos percatamos que se necesita y no solo para colocar una rampa y poder entrar o circular en una casa, escuela, oficina, cine, hospital, entre otros, sino para garantizar que todas las personas usuarias puedan disfrutar de los espacios con autonomía, siendo ese momento en el que se detecta la diferencia entre los entornos construidos que excluyen generando barreras, no solo físicas, sino también sociales y actitudinales y aquellos otros capaces de acoger a todos sin importar su condición; por lo tanto, se entiende a la accesibilidad universal como la condición indispensable que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios para que todas las personas puedan participar de sus derechos de manera autónoma y equitativa.

En los edificios dedicados a la salud y su sistema, en reiteradas ocasiones, la accesibilidad universal se estigmatiza generando una problemática que radica en las prácticas tokenistas; de tal forma que, para superar estas barreras, es crucial establecer un enfoque orientado a las personas usuarias, que respete su interpretación, contexto y dignidad. Así, la investigación parte de entender ¿cómo afectan los dilemas indexicales al significado de la accesibilidad universal en los entornos arquitectónicos de salud?, teniendo como objetivo central erradicar los estigmas asociados a la accesibilidad universal, para promover un entorno inclusivo y equitativo hacia todas las personas; para lograr esto, se establecen objetivos específicos que incluyen:

- Analizar las prácticas tokenistas en la implementación de la accesibilidad universal en los edificios dedicados a la salud y su impacto en la experiencia de las personas
- Investigar la percepción de las personas usuarias sobre la accesibilidad universal e identificar las barreras más significativas que enfrentan.
- Evaluar el impacto de comunicación entre el entorno construido y su relación con el habitar de las personas

Para tal efecto, se propone la metodología ontosemiótica como un modelo que explora y redefine la comprensión de los signos para identificar reducir o eliminar el dilema indexical mediante un enfoque en la comunicación y la significación, promoviendo un diálogo más equitativo en donde se conteste ¿qué pasa con el modelo biopsicosocial en el espacio arquitectónico? para encontrar políticas públicas de un sistema de salud más justo y accesible.

¿Violencia Blanca? Accesibilidad estigmatizada o practicas tokenistas

Los edificios dedicados para la salud han sido considerados instituciones totales (Goffman, 2001), debido a que son espacios donde los individuos son excluidos y controlados ya que buscan “transformar” y “normalizar” a las personas usuarias a través de los espacios arquitectónicos, de las rutinas estrictas y de una jerarquía de poder; a su vez se establece un dilema indexical, el color predominantemente blanco que identifica a esta arquitectura y que tenía en su origen criterios puramente utilitarios vinculados

a la higiene y la salubridad (Fundación Sierra Pambley, 2020) o hacia lo impersonal y poco sensible que resulta este tipo de espacios.

Por lo tanto y de acuerdo con Michel Foucault ([1973] 2016), los espacios arquitectónicos no solo describen la realidad, sino que también la construyen y la constituyen, siendo este fenómeno particularmente relevante en el ámbito de los edificios dedicados a la salud, pues su carácter físico se enmarca en el Movimiento Moderno con sus creencia y necesidades de principio del siglo XX, en donde estos espacios están asociados a modelos disciplinarios de la conducta y del cuerpo, y a su vez, observados y fijados por la mirada constante de un observador omnipresente y en el que se engendró la estigmatización de la accesibilidad ya que el espacio y sus discursos a menudo reducen a los individuos a binarismos que reproducen prácticas sociales de organización y jerarquía entre salud y enfermedad, capacidad y discapacidad, hombre y mujer que generan la construcción socioimaginaria de las personas.

Por lo tanto, la necesidad de comprender la realidad social impulsa a los grupos humanos a desarrollar marcos abstractos que organizan y comunican la memoria colectiva influidos por apreciaciones ideológicas, autorepresentaciones e imágenes identitarias (García Muñoz & Gómez Gallego, 2021); estos imaginarios, están íntimamente relacionados con el poder y la dominación, ya que las "clases privilegiadas" que en el sector salud son: C-Suite (los directores gerentes, directores médicos), jefes de servicio, médicos especialistas tratantes o personal administrativo, los emplean para mantener su control, legitimando estructuras sociales y definiendo lo que se considera necesario, así como los procesos de inclusión y exclusión (Baeza, 2000).

Un ejemplo evidente del dominio ideológico practicado por estos grupos en posición de "privilegio" es la creación social de la discapacidad, que ha perdurado a través del tiempo; este imaginario, que por lo general, oprime y disciplina a aquellos que son vistos como "diferentes", acentuando la marginalización y exclusión de estos grupos sociales, ya que las clases dominantes imponen su perspectiva (Aravena & Baeza, 2017) a través de la violencia simbólica, relegando otras visiones al margen y reforzando su hegemonía; de tal forma que la violencia simbólica en los edificios dedicados a la salud se refiere a la forma en que los espacios y las prácticas institucionales pueden perpetuar la exclusión, la discriminación y el estigma hacia ciertos grupos de personas, como las personas con discapacidad, las mujeres, las personas LGBTQ+, las personas indígenas, entre otros.

No obstante, los imaginarios no son fijos; tienen una naturaleza utópica que abre la puerta a la posibilidad de desafiar la realidad consolidada y permite cuestionar y transformar las significaciones y prácticas sociales predominantes, y esto, favorece a cambios profundos en la forma en que la sociedad observa y trata a las personas (Monroy Flores, 2023); de este modo, a través de la resistencia y la reconfiguración de estos imaginarios, es posible fomentar una inclusión más verdadera y justa, desafiando las estructuras de poder que perpetúan las barreras.

En el contexto actual de la salud en México, a pesar de adoptar un modelo biopsicosocial, impulsado por el maestro Ramón de la Fuente Muñiz, el cual estableció un enfoque más empático y compasivo en la práctica médica (Secretaría de Salud,

2021) que considera dimensiones físicas, psicológicas y sociales en el tratamiento; el dilema indexical persiste y se manifiesta en la forma en que se interpretan y codifican las identidades de los pacientes, instaurando la accesibilidad universal estigmatiza que se muestra cuando las barreras de acceso a servicios de salud se perpetúan a través de prácticas superficialmente inclusivas, conocidas como prácticas tokenistas.

El concepto de tokenismo, introducido en 1977 por Rosabeth Moss Kanter que es la evocación original de los movimientos sociales posteriores a 1954 con el *Brown v. Board of Education*, en donde el tokenismo fue una crítica estructural de la mayor exclusión sistémica que ocurre cuando unos pocos seleccionados de un grupo sub-representado son incluidos y celebrados por una representación simbólica (Ramsby II & Ramsby, 2022); aborda cómo los individuos que son "tokens", o aquellos que representan una baja fracción de un grupo, enfrentan dinámicas adversas que afectan su integración y bienestar, y estas solo reflejan y refuerzan las relaciones de poder existentes, así como la falta de equidad en la atención al reproducir estigmas que afectan el bienestar individual y social dentro del sistema de salud.

Por lo tanto estas prácticas, en lugar de abordar las verdaderas necesidades de los pacientes, refuerzan estigmas y coartan la equidad en el cuidado y es así como el tokenismo es una práctica que resalta diferencias naturales entre colectivos sociales, como hombres y mujeres, salud y enfermedad, o bien, grupos dominantes y grupos minoritarios.

Los tokens en el ámbito del sector salud, como las personas con discapacidad, entre otras suelen experimentar tres tendencias perceptuales claves:

1. **Asimilación:** Los tokens suelen ser reducidos a roles estereotipados que refuerzan las expectativas predominantes de la sociedad; esto implica la tendencia a ver a las personas con discapacidad como receptores de ayuda, en lugar de agentes activos en su atención y bienestar. Esta percepción perpetúa la barrera actitudinal con la idea de incapacidad y dependencia, dejando de lado su potencial de contribución en el sector salud.
2. **Visibilidad:** El escrutinio constante al que son sometidos obliga a los tokens a demostrar un desempeño excepcional para validar su presencia en espacios generalmente dominados por personas sin alguna condición o discapacidad; esta presión puede resultar en niveles elevados de estrés y ansiedad, exacerbando la dificultad para encontrar su voz dentro del sistema.
3. **Contraste:** El fenómeno de contraste genera un aislamiento y polarización entre los tokens y el grupo mayoritario, esto no solo refuerza la percepción de diferencia, sino que también puede conllevar a la falta de colaboración.

Desde este marco teórico, el imaginario tokenista se podría definir como un conjunto de representaciones colectivas que legitiman la inclusión superficial de personas como una estrategia simbólica que refuerza la narrativa de instituciones "inclusivas" o "diversas", que actúan como un mecanismo de naturalización de las desigualdades, al tiempo que oculta la necesidad de transformar las relaciones de poder que sustentan la exclusión (Monroy Flores, 2023).

De esta forma, el dilema indexical en el sector salud se centra en cómo se construyen y perciben las identidades de los pacientes durante las interacciones con el espacio arquitectónico, los profesionales y otros individuos en contextos de atención médica, como en la farmacia, trabajo social, administrativo u hospitalización, entre otros, ya que a medida que un paciente se presenta en un entorno de salud, su estatus socio-económico, su autoimagen y su actitud hacia el sistema son evaluados por quienes lo rodean y esta información no solo ayuda a definir la situación social, sino que también orienta las expectativas de comportamiento entre el paciente y el personal de salud; sin embargo, este proceso de evaluación puede conducir a la aplicación de estereotipos y suposiciones no fundamentadas, afectando la calidad de la atención recibida

SOBRE LA METODOLOGÍA ONTOSEMIÓTICA EN EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

La ontosemiótica emerge como un enfoque metodológico que busca comprender las interacciones entre significados culturales y prácticas sociales dentro de contextos específicos. En el ámbito de la salud, esta metodología permite analizar no solo la infraestructura física, sino también los significados simbólicos que afectan el comportamiento social y las prácticas en los sistemas de salud.

Ya que lo simbólico representa la materialización de una sociedad a través de acciones y relaciones, esto sugiere que la infraestructura de salud, como hospitales y clínicas, funciona como un espacio que no solo proporciona servicios, sino que también está imbuido de significados culturales que afectan la salud pública (Valenzuela Romero, 2022).

Y que de acuerdo con Edward T. Hall (2003, pág. 125), la infraestructura es parte de un sistema de categorización proxémica que implica un orden de relación concreta con otras partes del sistema, que se utiliza para "definir las observaciones y teorías interrelacionadas acerca del empleo del espacio por el hombre" por lo que se enuncia en tres aspectos:

- 1- Infraestructura, relacionada con el comportamiento que radica en el pasado biológico del hombre.
- 2- Precultural fisiología enfocada en el presente, construyendo un entorno más cercano a la realidad actual
- 3- Microcultura, se refiere a las observaciones proxémicas que afectan tanto a rasgos fijos (estructuras físicas) como semifijos e informales (interacciones sociales) en un entorno de salud.

Así, los espacios arquitectónicos dedicados a la salud son una prolongación del organismo que están marcados por señales visuales, vocales, olfativas y auditivas; así como la propiocepción (posición corporal), la interocepción (estado interno) y el sistema vestibular (equilibrio).

Bajo esa perspectiva, se encuentra la necesidad metodológica de la ontosemiótica que plantea un acercamiento al cuestionamiento fundamental sobre cómo los entornos de salud pueden ser mejorados para reflejar y responder a la diversidad, en el cual se traduce en la necesidad de adaptar espacios de salud no solo desde la

perspectiva funcional, sino también desde el significado cultural que cada individuo o sociedad atribuye a ellos.

La metodología se fundamenta en el análisis ontosemiótico, que implica examinar cómo se interpretan los sistemas de signos en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro, revelando la conexión entre la generación de espacios simbólicos y las normativas que regulan la vida, por lo que se emplea un enfoque cualitativo a través de la historia oral y visitas in situ, ya que facilita la identificación de dilemas indexicales relacionados con el estigma de la accesibilidad universal en el diseño arquitectónico, tomando en cuenta aspectos biopsicosociales que impactan en la habitabilidad de las personas.

En una fase inicial, se aplicó la cartografía, con la intención de explorar las relaciones con la problemática de la iconicidad, utilizando las normativas NOM-233-SSA1-2003, NOM-016-SSA3-2012, NOM-030-SSA3-2013, entre otras. Esto llevó a un análisis semiótico de los planos arquitectónicos que reveló al menos tres problemas clave:

1. La representación de la forma.
2. La memoria semiótica, analizada desde una perspectiva sincrónica y diacrónica.
3. La comparación entre lo diseñado, lo renovado y lo habitado

Con base en estos aspectos, se avanza a una segunda fase, que consiste en analizar la representación arquitectónica del espacio destinado a la salud mediante la ontosemiótica. Esta proporciona criterios para señalar los posibles estados de la "negociación de signos," que resulta esencial para entender los significados de las personas usuarias, por lo tanto, la teoría que sustenta el enfoque ontosemiótico implica la creación de una ontología, entendida como el análisis del ser y sus características, dado que se aborda el diseño de edificios de salud desde tres perspectivas (Valenzuela Romero, 2018):

- a) la situación-problema como punto de partida, que son las prácticas tokenistas en la implementación de la accesibilidad universal y su impacto en la experiencia de las personas
- b) el espacio arquitectónico mismo con respecto a el impacto de comunicación entre realidad o artificio dentro del entorno construido y su relación con el habitar de las personas
- c) su significado, cuál es la percepción de las personas usuarias sobre la accesibilidad universal e identificar las barreras más significativas que enfrentan.

De tal forma, la metodología sugiere que la formación de profesionales de la salud, así como los espacios arquitectónicos debe incluir la comprensión de estos significados ya que el reto es diseñar, equipar o ampliar espacios que no solo sean funcionales, sino que también sean accesibles y resuenen con las identidades culturales de las personas usuarias.

La concepción arquitectónica de los edificios de salud tiene que trascender la fun-

cionalidad convencional; en vez de ser vistos meramente como estructuras para la atención médica, ya que de acuerdo al modelo biopsicosocial, deben establecerse como espacios que comuniquen valores de cuidado, respeto y dignidad, y esto implica considerar la accesibilidad universal para la experiencia de las personas en estas instalaciones, ayudando a desestigmatizar la atención médica, al promover una mayor comodidad y aceptación.

Por lo tanto, la metodología ontosemiótica puede ofrecer herramientas para abordar este dilema, proponiendo un enfoque que reconozca la diversidad cultural y las realidades locales a la hora de implementar políticas de salud. a través de la interacción del sistema de signos indexicales, la percepción del espacio arquitectónico, la intención social/ conducta, la situación realidad o artificio que nos permita la conceptualización de significados (ver figura 1).

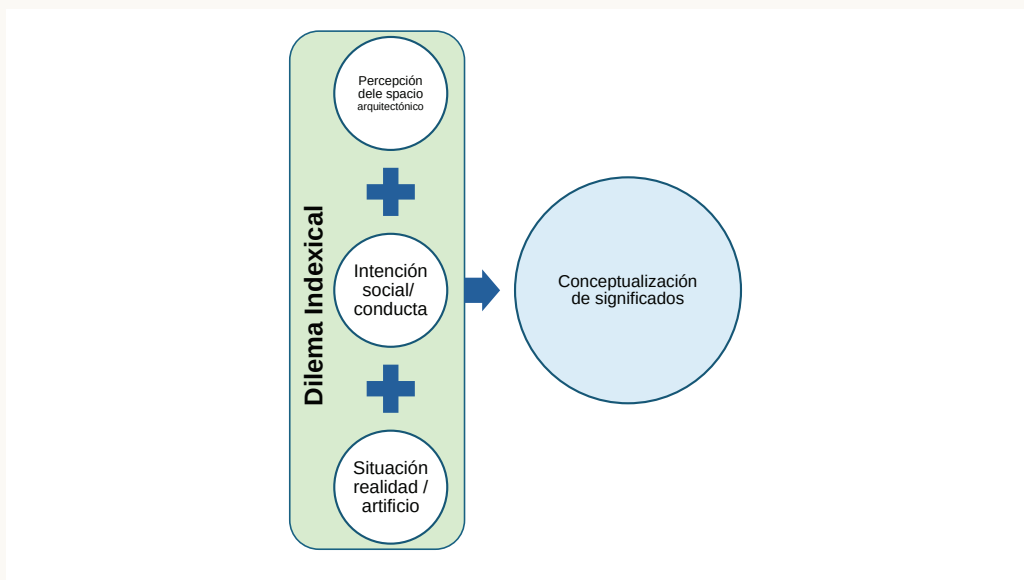


Figura 1. Esquema de interpretación Metodología Ontosemiótica. Elaboración propia

Después de completar las etapas en el diagnóstico, es posible mejorar las condiciones de atención en relación al espacio y servicio de la infraestructura del sector salud, con la finalidad de erradicar las prácticas tokenistas y con ellas los entornos hostiles que en ocasiones llegan a ser condescendidos por las normas oficiales mexicanas, ya que las facetas de configuración y procesos fueron consideradas a partir del factor "tiempo-procesos" y, en menor medida el de "secuencias"; en ésta cada miembro y persona usuaria forma parte de la determinación del siguiente (Font, 2021); por lo tanto, hay dos maneras de concebir la "comprensión" como proceso real o como artificio.

La distinción entre realidad y artificio en el contexto del dilema indexical y las prácticas tokenistas en el sector salud es esencial para entender cómo se estructuran y se perciben las identidades de las personas usuarias, ya que es fundamental ir más allá de las apariencias y trabajar hacia una accesibilidad real que refleje las verdaderas necesidades de la población, evitando así que las estructuras de atención se conviertan en espacios de exclusión y estigmatización.

Según Erving Goffman (2006), la distinción entre realidad y artificio es fundamental para entender cómo se construyen las identidades y se gestionan las interacciones sociales.

Realidad se refiere a la experiencia auténtica y genuina de una persona, esta dimensión está centrada en la vivencia personal, los sentimientos y las percepciones reales de los individuos y en este espacio, la comunicación es sincera y busca establecer conexiones significativas. Aquí, las personas se expresan plenamente, lo que refuerza su identidad y permite una verdadera autoexpresión, por lo tanto, este tipo de interacción se valoriza, ya que fomenta relaciones basadas en la autenticidad.

Por otro lado, artificio implica la construcción social de roles e identidades adaptadas a las expectativas externas, en este ámbito, los individuos pueden representar un “yo” diferente en función de las circunstancias sociales, utilizando “máscaras” para evitar la vulnerabilidad y manejar impresiones. Este comportamiento superficial puede generar una disonancia entre el yo real y el yo proyectado, dificultando la autenticidad en las relaciones. El objetivo del artificio es satisfacer las expectativas sociales, aunque a menudo a gastos de la conexión genuina (ver tabla 1).

Tabla 1. La comparación entre realidad y artificio.

Aspecto	Realidad	Artificio
Definición	La experiencia genuina y auténtica de una persona.	La construcción social de la identidad y las relaciones.
Contexto	Relacionada con la vivencia personal, los sentimientos y percepciones reales.	Relacionada con las expectativas sociales y el comportamiento superficial.
Interacción	Comunicación genuina, basada en la autenticidad	Representación de roles, actos de desempeño y manipulación de la percepción ajena.
Ejemplo	Usar scrubs facilita la proxémica, rompe el ritual de la bata blanca y puede generar una conversación sincera sobre emociones y experiencias.	Usar la bata blanca para evitar la proxémica o como una máscara social para evitar la vulnerabilidad ante otros
Impacto en la identidad	Refuerza la identidad personal y permite la autoexpresión.	Puede llevar a la disonancia entre el yo real y el yo proyectado
Objetivo	Fomentar conexiones significativas y auténticas	Manejar las impresiones y cumplir con las expectativas sociales.

Elaboración propia

Así, la comparación entre realidad y artificio resulta esencial para comprender el dilema indexical en el sector salud, especialmente en el contexto de la accesibilidad estigmatizada, pues en el ámbito de la salud, esto se traduce en cómo las identidades de las personas son percibidas y gestionadas, lo que afecta directamente su acceso a servicios y su experiencia en entornos arquitectónicos.

En este sentido, el enfoque ontosemiótico asume los presupuestos de la epistemología pragmática y, la representación del espacio arquitectónico se deriva de las prácticas de habitabilidad, en concreto, se considera que la representación en los planos es emergente de sistemas de experiencias, de tal forma que nos proporciona un sistema de prácticas (Valenzuela Romero, 2018).

Con el enfoque ontosemiótico se intenta demostrar que hay diferentes clases de procesos como consecuencia de prácticas: de procesos cognitivos, procesos de instrucción, procesos de cambio, procesos sociales, entre otras; cuya única característica que comparten, es el fenómeno de llegar a un fin en común con respecto a eliminar la estigmatización de la accesibilidad y dar la entrada real al modelo biopsicosocial a través de la accesibilidad universal.

¿QUÉ PASA CON EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LOS EDIFICIOS DEDICADOS A LA SALUD?

El modelo biopsicosocial, que integra factores biológicos, psicológicos y sociales, puede ser un ejemplo revelador de cómo se pueden incorporar universales semánticos en la práctica de la salud, especialmente en la construcción de edificios y entornos dedicados a este fin, ya que la noción de accesibilidad puede verse como un "universal semántico". En todas las culturas, hay un reconocimiento fundamental de que cada individuo merece el derecho a acceder a espacios y servicios básicos, particularmente aquellos relacionados con la salud. Esto implica que las infraestructuras deben ser diseñadas de manera que tengan en cuenta las diversas capacidades y limitaciones de las personas, manejando conceptos como "puerta", "camino" o "aseo" que trascienden las barreras lingüísticas.

De esta forma, la experiencia de la salud no solo abarca el bienestar físico, sino también el psicológico y social. Al implementar el modelo biopsicosocial en los edificios de salud, se incorporan elementos que no solo son funcionales, sino también simbólicos. Por ejemplo, la inclusión de espacios de descanso accesibles y áreas de socialización facilitan la interacción humana, un deseo universal que está íntimamente relacionado con la experiencia de ser humano. Esto sugiere que, independientemente de las diferencias culturales, todos valoramos el contacto humano y el entorno que lo promueve a través del diseño inclusivo, ya que el fenómeno de la accesibilidad universal no solo revela aspectos semánticos compartidos, sino que también pone de manifiesto que el lenguaje utilizado en el diseño y construcción de estos espacios debe ser inclusivo, reflejando la diversidad de necesidades de la población. Esto puede traducirse en el uso de señalética clara en múltiples formatos, asegurando que las nociones de orientación y seguridad sean entendidas por todos.

Las implicaciones cognitivas, entendidas como el reconocimiento de estos universales semánticos en el diseño de ambientes de salud lleva a una reflexión sobre cómo el

lenguaje y la estructura del espacio influyen en la percepción y la experiencia. Un entorno accesible y acogedor no solo es una cuestión de cumplimiento normativo, sino que conecta con la idea de que todos compartimos experiencias de vulnerabilidad y necesidad de cuidado. Este principio puede ser unificando y facilitando el diálogo entre diferentes culturas y naciones.

Por lo tanto, el modelo biopsicosocial se traduce en la creación de espacios diseñados para facilitar el acceso, la comodidad y el derecho de todas las personas usuarias, promoviendo políticas públicas a través de:

1. **Normativas de diseño inclusivo:** el cual establece regulaciones que obligan a la inclusión de criterios de accesibilidad universal en todos los proyectos de construcción y remodelación de edificios de salud. Esto debe abarcar no solo aspectos físicos, como equipamiento, mobiliario y espacios adaptados, sino también elementos que consideren la diversidad cultural y las diferentes formas de comunicación.
2. **Capacitación profesional continua:** implementar programas de formación para profesionales de la salud que incluyan temáticas sobre accesibilidad universal, diversidad cultural y enfoques biopsicosociales. Esto ayudará a concientizar a los trabajadores de la salud sobre la importancia de un trato equitativo y respetuoso hacia todos los pacientes.
3. **Fomento de la participación ciudadana:** al crear espacios donde los pacientes y sus familias puedan participar en el diseño y evaluación de servicios de salud. Incluir a grupos diversos y contextos culturales permitirá que se reflejen sus necesidades y perspectivas en la atención brindada.
4. **Monitorear prácticas de accesibilidad:** recopilación de datos sobre la accesibilidad y su efectividad puede ayudar a identificar barreras y ajustar las estrategias en tiempo real.
5. **Programas de talleres:** establecer iniciativas educativas que fomenten el empoderamiento de los pacientes, proporcionándoles herramientas y recursos para que comprendan mejor sus derechos y la forma en que pueden participar activamente en su tratamiento y en el diseño de servicios.
6. **Promoción de espacios de atención integral:** implementar modelos de atención que integren servicios de salud mental, física y social en un mismo espacio, promoviendo un enfoque holístico que elimine las barreras entre diferentes tipos de atención y fomente una experiencia más continua y accesible.
7. **Implementación de campañas:** desarrollar campañas que concientice al público y a los profesionales sobre la importancia de superar la estigmatización asociada a la accesibilidad y promover prácticas inclusivas en todos los niveles del sector salud.

La propuesta de estas políticas públicas busca no solo reducir el dilema indexical en el sector salud, sino también transformar la forma en que se entiende y se aplica la accesibilidad universal. Al abordar la estigmatización y las prácticas tokenistas, se

contribuye a la creación de un sistema de salud más inclusivo y equitativo, donde se reconozca el valor de cada individuo, fomentando un bienestar genuino y una verdadera humanidad compartida, pues al implementar estas estrategias, se pretende no solo mejorar la calidad de atención, sino también el bienestar emocional y social de las personas, promoviendo su calidad de vida.

REFLEXIÓN FINAL. GENERACIÓN DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

Para eliminar prácticas tokenistas en el acceso a la salud, es necesario desarrollar un enfoque inclusivo que contemple la diversidad de necesidades. La accesibilidad universal se puede lograr integrando criterios culturales en el diseño de servicios y espacios de salud. Esto incluye la adaptación de instalaciones para personas con discapacidades, así como la consideración de diferentes modos de comunicación.

Además, es esencial promover prácticas inclusivas que empoderen a los pacientes para que participen activamente en su tratamiento y en el diseño de servicios que utilizan. Para ello, se sugieren estrategias que faciliten:

1. Puentes de comprensión: Crear vías para que las personas usuarias comprendan y accedan a servicios más complejos.
2. Estructura adaptativa: realizar ajustes razonables para eliminar barreras, de esta forma se promueve la participación de las personas en función de sus habilidades y contexto.
3. Transferencia de control: Ayudar a las personas usuarias a tomar el control de sus tratamientos y decisiones de salud a través de la educación y participación activa.

Así la metodología ontosemiótica es un enfoque que invita a una reevaluación de cómo concebimos y diseñamos los entornos de salud. Su integración en el sistema de salud en México representa una oportunidad para transformar no solo las estructuras físicas, sino también el significado cultural que se les atribuye.

Afrontar el dilema indexical en el sector salud requiere un compromiso genuino por parte de los profesionales de la salud y diseñadores para crear espacios y prácticas inclusivas que consideren las diversas realidades culturales. Así, se favorecerá un sistema de salud accesible y respetuoso que promueva un verdadero bienestar para todos ya que es fundamental que las políticas de salud sean diseñadas de manera que respeten y respondan a las particularidades culturales, evitando así la imposición de soluciones homogéneas que no consideren las realidades tanto locales como individuales.

De tal forma que los universales semánticos puede tener un impacto directo en la creación de entornos de salud más inclusivos y accesibles. Al reconocer que hay conceptos fundamentales que trascienden las diferencias culturales, se promueve un enfoque más humanizado en la atención médica. Así, el modelo biopsicosocial, al valorar la integración de todos los aspectos de la experiencia humana, se convierte en un marco poderoso para construir no solo infraestructuras efectivas, sino también comunidades más empáticas y solidarias. Esto recalca la importancia del recono-

cimiento y respeto hacia el otro, en la búsqueda de una verdadera humanidad compartida.

BIBLIOGRAFÍA

Aravena, A., & Baeza, M. (2017). Imaginarios sociales y construcción intersubjetiva de alteridad. En *Cultura y representaciones sociales*, Vol. 12, 7-29.

Baeza, M. (2000). *Los caminos invisibles de la realidad social*. Santiago: RIL Editores.

Font, V. (2021). *Processo mentals versus competència*. Biaix, 33-36.

Foucault, M. ([1973] 2016). *The punitive society: Lectures at the Collège*. Londres: Palgrave Macmillan.

Fundación Sierra Pambley. (25 de mayo de 2020). *La higiene a lo largo de la Historia*. Obtenido de <https://www.sierrapambley.org/la-higiene-a-lo-largo-de-la-historia/>

García Muñoz, C., & Gómez Gallego. (2021). Aproximación epistemológica los imaginarios sociales como categoría analítica en las ciencias sociales. *Guillermo de Ockham* Vol. 19, Núm. 2, 219-232.

Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires -Madrid: Amorrortu.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu. "Sobre las características de las instituciones totales", 15 - 132.

Hall, E. (2003). *La dimensión oculta*. México: Siglo XXI.

Monroy Flores, V. (2023). *Imaginarios sociales sobre discapacidad en el discurso político en Chile: Análisis del discurso parlamentario producido*. Chile: Universidad de La Frontera.

Ramsby II, H., & Ramsby, K. (12 de octubre de 2022). *Cómo el New York Times cubre a los escritores negros*. Obtenido de <https://www.publicbooks.org/how-the-new-york-times-covers-black-writers/>

Secretaría de Salud. (2021). *Ramón de la Fuente Muñiz, precursor de un enfoque más humanista y compasivo*: JAV. CDMX. México: Gobierno de México.

Valenzuela Romero, J. D. (2018). *El espacio arquitectónico del hospital pediátrico en la CDMX y su coexistencia*. CDMX: (Tesis Doctorado) Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

Valenzuela Romero, J. D. (2022). *La nueva normalidad y su renovación signica en el espacio arquitectónico*. Nodo, 26-32.

