

# PROBLEMA SALUD

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 16 / NÚMERO 31 / ENERO-JUNIO 2022

**Trabajo y salud**  
**Políticas de salud y**  
**prácticas locales**  
**Derecho a la salud**  
**Alimentación y salud**



# Universidad Autónoma Metropolitana

**Dr. José Antonio de los Reyes Heredia**

RECTOR GENERAL

**Dra. Norma Rondero López**

SECRETARIA GENERAL

## UNIDAD XOCHIMILCO

**Dr. Francisco Javier Soria López**

RECTOR

**Dra. María Angélica Buendía Espinosa**

SECRETARIA

**Dr. Luis Armando Ayala Pérez**

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS  
Y DE LA SALUD

**Mtra. María de los Ángeles Martínez Cárdenas**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

**Dr. Sergio López Moreno**

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

**Revista *Salud Problema***

DIRECTORA

**Soledad Rojas Rajs**

## CONSEJO EDITORIAL

**Oliva López Arellano**

**Eduardo Luis Menéndez Spina**

**Edgar C. Jarillo Soto**

**José Arturo Granados Cosme**

**Claudio Stern**

**Susana Martínez Alcántara**

**Florencia Peña Saint Martín**

**María del Consuelo Chapela Mendoza**

**Carolina Tetelboin Henrion**

## CONSEJO CONSULTIVO INTERNACIONAL

**José Carlos Escudero** (Argentina)

**Jorge Kohen** (Argentina)

**Saúl Franco** (Colombia)

**Marc Renaud** (Canadá)

**Ana Ma. Seifert** (Canadá)

**Magdalena Echeverría** (Chile)

**Jaime Breilh** (Ecuador)

**Clara Fassler** (Uruguay)

**Oscar Feo** (Venezuela)

EDICIÓN **Agustín Pernia** • DISEÑO Y FORMACIÓN DCG **Rosalía Contreras Beltrán**



*Salud Problema*. Segunda época, Año 16, No. 31, enero - junio de 2022, es una publicación semestral de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14387, Ciudad de México y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México, Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: [saludproblema@correo.xoc.uam.mx](mailto:saludproblema@correo.xoc.uam.mx). Editor responsable: Agustín Pernia. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título No. 04-2022-110814432100-102, e ISSN 2007-5790, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Agustín Pernia, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social; Calzada del Hueso 1100, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México. Fecha de la última modificación: 28 de abril de 2023. Tamaño del archivo 2.3 MB.

Las opiniones expresadas por los autores y las autoras no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Autónoma Metropolitana

# Índice

## 5 EDITORIAL

## 8 AUTORES Y AUTORAS

### ARTÍCULOS

- 11 **El proceso de trabajo de profesionales de medicina en el contexto de la prestación de servicios del seguro popular en Oaxaca, México. Un análisis desde la salud colectiva.**  
*The work process of physicians in the context of the provision of Seguro Popular (popular insurance) services in Oaxaca, Mexico. An analysis from collective health.*  
Sandra Milena Ibáñez Sastoque  
Edgar Carlos Jarillo Soto
- 24 **“Acá el parto programado no existe más”: la urbanización de los partos de comunidades rurales desde la mirada del equipo local de salud.**  
*"Here the scheduled birth no longer exists": the urbanization of the births of rural communities from the perspective of the local health team.*  
Sergio Fernando Jaime  
Juan Manuel Diez Tetamanti  
Alberto Daniel Vazquez
- 44 **“En tu pedido va mi vida”. Trabajo, salud y subjetividad de los repartidores de plataformas.**  
*“My life in your delivery”. Work, health and subjetivity of platform delivery drivers.*  
Eduardo Minero García

### ENSAYO

- 59 **¿Qué bien jurídico protege el Derecho a la Salud?: un análisis desde el enfoque de capacidades en salud.**  
*The Right to Health: an analysis from health capabilities as a legal right.*  
Adriana González Delgado  
Sergio López Moreno

- 69 **La Guía alimentaria para la población uruguaya: un análisis de sus procesos de elaboración y actualización.**  
*The dietary guideline for the Uruguayan population: an analysis of its elaboration and updating processes.*  
María del Carmen Suárez Solana  
Miriam Bertran Vilà

## Editorial

El número 31 de la Revista Salud Problema se publica en momentos que requieren reflexión y acciones desde el pensamiento médico social y el pensamiento crítico latinoamericano en salud. El primer semestre del año 2022 se caracterizó por la confluencia de procesos políticos y sociales de gran contraste y relevancia para nuestra región y el mundo. Por un lado, entre los años 2021 y 2022 opciones de izquierda y/o progresistas lograron importantes victorias electorales en América Latina, con la elección de Pedro Castillo en Perú en julio de 2021, de Xiomara Castro en Honduras en noviembre de 2021, de Gabriel Boric en Chile en diciembre de 2021 y de Gustavo Petro en Colombia en junio de 2022. Este viraje en la región latinoamericana, especialmente en el caso de Colombia, que nunca antes ha sido gobernada por la izquierda, permite elaborar algunas expectativas sobre nuestros sistemas de salud: fortalecimiento de la prestación pública de servicios, cobertura universal, avance hacia sistemas únicos de salud, políticas elaboradas desde perspectivas afines a la determinación social y el derecho a la salud. El triunfo de Lula en Brasil acompaña esta oleada de victorias electorales y ocurre en octubre de 2022.

Por otro lado, en febrero de 2022 comienza una nueva guerra entre imperios, con la invasión de Rusia a Ucrania, conflicto armado que además de producir los horrores de la guerra, reorganizó la alianza militar de la OTAN. Este conflicto, en el que participan hoy los países dominantes y cuyos muertos son, como siempre, quienes no deciden hacer la guerra, siembran en el imaginario colectivo viejos miedos que pensábamos superados en el siglo XXI: la posibilidad de una tercera guerra mundial y la amenaza nuclear que pone en riesgo toda la vida planetaria. Así como suponíamos que la amenaza de la guerra mundial y la destrucción del planeta estaba conjurada, el avance del pensamiento y las políticas conservadoras y reaccionarias en el mundo muestran que los derechos ganados requieren defenderse y que ciertas luchas están lejos de concluir, como el derecho al aborto seguro, que si bien se conquista en Argentina y en algunos estados de México, en otros países como Costa Rica, pretende ser objeto de mayores restricciones, incluso en el caso del aborto terapéutico, siguiendo el ejemplo de países ultra conservadores como Polonia; o el reciente retroceso legal en Estados Unidos sobre esta temática. La constante vulneración de los derechos de las personas que migran, las terribles diferencias en el trato que reciben por el racismo y la criminalización de la pobreza son ejemplo de cuán lejos estamos en el mundo de materializar las conquistas sociales y los derechos humanos. En América Latina están latentes las amenazas sobre nuestras lábiles democracias, como lo demuestra la violenta reacción en Brasil de los bolsonaristas ante el triunfo de Lula y la mucho más reciente destitución del presidente de Perú, que ha provocado además represión y muerte en este país hermano. Estas coordenadas muestran algo de la complejidad actual para producir salud y pensar en transformaciones en el corto, mediano y largo plazo.

Desde el año 2020 la pandemia de COVID-19 ha sido el tema central en la reflexión y discusión sobre salud: su impacto en la vida y la salud de las personas, la distribución desigual de los daños, las desigualdades en vacunación. Aunque requerimos seguir hablando de la pandemia y sus efectos, el curso de la historia demuestra que la defensa del derecho a la salud y las luchas por una vida digna y en las mejores condiciones de salud posibles están vigentes y necesitan ser abordadas. La relación entre trabajo y

salud, el derecho a la salud, la alimentación, temas de este número, son parte de la diversa complejidad temática y de lucha a la que nos enfrentamos en esta época.

Este número de la Revista se caracteriza por presentar una diversidad de trabajos correspondientes a temas de indagación actual de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas. En particular, los primeros tres artículos colocan en la agenda dos grandes ejes sobre la relación entre la salud y las personas trabajadoras: por un lado, el vínculo entre el trabajo de los equipos y profesionales de la salud con las políticas y programas de salud, y, por el otro, los impactos en la salud de las personas trabajadoras frente a las transformaciones del mercado de trabajo. Los últimos dos trabajos que componen este número reflexionan sobre otros tópicos relevantes para el pensamiento crítico en salud latinoamericano: los debates en torno al derecho a la salud y los procesos de creación y actualización de herramientas destinadas a la intervención de la alimentación colectiva.

El primer artículo, El proceso de trabajo de profesionales de medicina en el contexto de la prestación de servicios del seguro popular en Oaxaca, México. Un análisis desde la salud colectiva, escrito por Sandra Milena Ibáñez Sastoque y Edgar Carlos Jarillo Soto, a partir de los postulados de Emerson Merhy, explora las dimensiones cuidadora y profesional del trabajo en salud. Este trabajo muestra de qué manera las limitaciones propias de lo que fue Seguro Popular impactaron negativamente el adecuado desempeño del trabajo en salud.

Sergio Fernando Jaime, Juan Manuel Diez Tetamanti y Alberto Daniel Vazquez, en su artículo “Acá el parto programado no existe más”: la urbanización de los partos de comunidades rurales desde la mirada del equipo local de salud, analizan los cambios en el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio desde la implementación de la política nacional Maternidades Seguras y Centradas en la Familia en Chubut, Argentina. Los autores relatan las contradicciones que percibe el equipo local de salud entre las intenciones de la política nacional con las prácticas locales que materializan dicha estrategia. En este marco, se añade las particularidades propias de un territorio rural como una dimensión que condiciona esta política federal en Chubut, Argentina.

El artículo “En tu pedido va mi vida”. Trabajo, salud y subjetividad de los repartidores de plataformas, escrito por Eduardo Minero García, plantea, a través de historias de vida de cuatro repartidores de comida de plataformas digitales que trabajan en la Ciudad de México, los requerimientos impuestos por la uberización y sus impactos en las subjetividades y salud. Entre sus hallazgos, el autor identifica la forma en que esta modalidad desmantela conquistas y derechos de los trabajadores, al igual que genera formas de control y disciplinamiento de sus procesos de trabajo, lo que se vincula con diferentes padecimientos y afectaciones en la salud.

El ensayo titulado ¿Cuál es el bien jurídico que protege el Derecho a la Salud?: un análisis desde las capacidades en salud, escrito por Adriana González Delgado y Sergio López Moreno, propone identificar las diferencias entre Derecho a la Protección de la Salud y Derecho a la Salud, como también ubicar qué bien jurídico protege este último. Desde las perspectivas de capacidades en salud y la teoría de los

Derechos Fundamentales de Luigi Ferrajoli, los/as autores/as exponen que el Derecho a la Salud debe entenderse como un derecho al disfrute de una serie de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el nivel más alto de salud y no ser visto sólo como el acceso a los servicios de salud. En esta línea, concluyen que la atención a la salud es un determinante importante pero no el único, y que este, debe ser socialmente garantizado y no estar condicionado a la capacidad de pago de los individuos.

Por último, el ensayo titulado La Guía alimentaria para la población uruguaya: un análisis de sus procesos de elaboración y actualización, escrito por María del Carmen Suárez Solana y Miriam Bertran Vilà, se enfoca en poder diferenciar los procesos de actualización de esta herramienta de educación en nutrición tan importante para el campo de la salud. A partir de un relato de los hechos que sucedieron, las autoras identificaron dos procesos: uno correspondiente a la elaboración de la primera guía alimentaria en Uruguay y el otro a su actualización. Entre estos procesos, ubican sus diferencias más importantes que permiten destacar las particularidades de cada proceso.

Invitamos a una lectura situada y reflexiva de estos trabajos y a participar con la Revista Salud Problema en los próximos números, con contribuciones que aborden de manera crítica los problemas de salud-enfermedad-atención en la región latinoamericana. Si bien estamos en una época de resurgimiento de actores y discursos reaccionarios, el pensamiento crítico en salud se ha fortalecido con una participación cada vez mayor de grupos de investigación, pensamiento e intervención sobre los procesos de determinación social y su distribución; así como sobre la respuesta social organizada. En este sentido, destacamos que durante el año 2022 se realizaron eventos académicos de gran importancia y magnitud en los que las perspectivas críticas en salud, la medicina social y la salud colectiva ocuparon un espacio importante. La 9° Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales (Conferencia CLACSO 2022) y el XXXIII Congreso Latinoamericano de Sociología (Congreso ALAS 2022), tuvieron relevantes espacios de trabajo en los que se plantearon agendas políticas y de investigación sobre las problemáticas y desafíos para los sistemas y políticas de salud en el momento latinoamericano actual. En julio del 2023 se realizará el XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en Buenos Aires. Desde la revista, los programas y eventos académicos de la región, que son también espacios de articulación y construcción colectiva de la mano con distintos movimientos sociales por la salud, seguiremos trabajando por disminuir las desigualdades en salud y por impulsar las transformaciones para una sociedad más justa e incluyente.

Soledad Rojas Rajs  
Agustin Pernia

## Autores y Autoras

### **SANDRA MILENA IBÁÑEZ SASTOQUE**

Licenciada en Medicina por la Universidad Nacional de Colombia, maestra en Salud Pública con concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) y doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Docente en la Facultad de Medicina, Fundación Universitaria San Martín, Colombia. Profesional especializada del Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia. Líneas de investigación: salud pública, salud colectiva. Contacto: [cleovarda@gmail.com](mailto:cleovarda@gmail.com)

### **EDGAR CARLOS JARILLO SOTO**

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), maestro en Medicina Social por la UAM-X y doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Profesor-investigador en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Líneas de investigación: sociología de las profesiones, salud colectiva. Contacto: [jsec6322@correo.xoc.uam.mx](mailto:jsec6322@correo.xoc.uam.mx)

### **SERGIO FERNANDO JAIME**

Médico en el Hospital Zonal Trelew, especialista en Medicina Familiar por la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, maestría en Salud Pública por la Universidad Nacional de la Plata y magíster en Medicina de Familia por la Universidad de Barcelona. Profesor invitado en la materia Salud Pública y Promoción de la Salud en la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan

Bosco, Chubut, Argentina y director de proyectos Asociación Civil Horizonte Sur-Laboratorio de Investigaciones Comunitarias, Argentina. Líneas de investigación: políticas públicas, promoción de la salud, empoderamiento y comunidades vulnerables. Contacto: [monchituc2@hotmail.com](mailto:monchituc2@hotmail.com)

### **JUAN MANUEL DIEZ TETAMANTI**

Geógrafo por la Universidad Nacional de Mar del Plata, doctor en Geografía por la Universidad Nacional del Sur y posdoctorado en la Universidad Federal de Pelotas, Brasil. Director del Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia (IGEOPAT), Argentina. Además, es profesor adjunto concursado del Seminario Ordenamiento Territorial en la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Chubut, Argentina e investigador adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Líneas de investigación: cartografía social, accesibilidad en salud, problemáticas socio-territoriales, abordaje interdisciplinario de problemáticas territoriales complejas. Contacto: [juan.dt@conicet.gov.ar](mailto:juan.dt@conicet.gov.ar)

### **ALBERTO DANIEL VAZQUEZ**

Profesor y licenciado en Geografía por la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (UNPSJP) y doctor en Geografía por la Universidad Nacional del Sur. Director del Grupo de Investigación Geografía, Acción y Territorio (GIGAT), investigador del Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia (IGEOPAT) y profesor adjunto con dedicación exclusiva de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UNPSJB, Argentina. Líneas de investigación:



las transformaciones y problemáticas socio-territoriales de los espacios rurales de la Patagonia argentina y las relaciones entre el campo y la ciudad y entre lo rural y lo urbano. Contacto: [albertogeo85@gmail.com](mailto:albertogeo85@gmail.com)

#### **EDUARDO MINERO GARCÍA**

Licenciado en Psicología y maestro en Ciencias en Salud de los Trabajadores, ambos por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la UAM-X, México. Líneas de investigación: trabajo y salud: determinantes y consecuencias, salud mental en el trabajo e historia de la salud laboral. Contacto: [eduardo89minero@gmail.com](mailto:eduardo89minero@gmail.com)

#### **ADRIANA GONZÁLEZ DELGADO**

Médica Cirujana y Partera por el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y maestra en Salud Pública con área de concentración en Nutrición por el Instituto Nacional de Salud Pública. Profesora en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en el Plantel Cuauhtémoc, México. Líneas de investigación: derecho a la salud y derecho a la alimentación. Contacto: [adriana.gonzalez@uacm.edu.mx](mailto:adriana.gonzalez@uacm.edu.mx)

#### **SERGIO LÓPEZ MORENO**

Médico Cirujano y Partero por el Instituto Politécnico Nacional, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria por la Secretaría de Salud de México y doctor en Ciencias en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor-investigador titular C

de tiempo completo en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Líneas de investigación: epistemología médica, derecho a la salud, ética de la salud. Contacto: [slopez@correo.xoc.uam.mx](mailto:slopez@correo.xoc.uam.mx)

#### **MARÍA DEL CARMEN SUÁREZ SOLANA**

Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos por la Universidad Iberoamericana Puebla y maestra en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México. Asistente en el Departamento de Educación de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República, Uruguay. Líneas de investigación: educación alimentaria y nutricional, antropología de la alimentación, programas y políticas de nutrición y alimentación, soberanía y seguridad alimentaria y nutricional. Contacto: [carmen.suso@yahoo.com](mailto:carmen.suso@yahoo.com)

#### **MIRIAM BERTRAN VILÀ**

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, maestra en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana y doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona. Profesora investigadora titular del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México. Líneas de investigación: alimentación, cultura y salud y sustentabilidad, aspectos socioculturales de la alimentación. Contacto: [mbertran@correo.xoc.uam.mx](mailto:mbertran@correo.xoc.uam.mx)



# El proceso de trabajo de profesionales de medicina en el contexto de la prestación de servicios del Seguro Popular en Oaxaca, México. Un análisis desde la salud colectiva

*Sandra Milena Ibáñez Sastoque\* • Edgar Carlos Jarillo Soto\*\**

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar el proceso de trabajo de profesionales de la medicina que prestan servicios del Seguro popular, en unidades de atención en salud de la región de Valles Centrales de Oaxaca, México. **Métodos:** estudio transversal, de tipo analítico con enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de medicina para explorar el proceso de trabajo en salud desde un marco amplio, con énfasis en la perspectiva desde la Salud Colectiva Latinoamericana. **Resultados:** participaron 11 profesionales de medicina quienes refirieron un margen restringido en el contexto de la prestación de servicios del Seguro popular, para el desarrollo del proceso de trabajo (tiempos limitados para la atención, falta de equipos e insumos). **Conclusión:** el Seguro popular mostró limitaciones desde su fase piloto y durante su implementación, que impactaron de forma negativa el adecuado desempeño del proceso de trabajo en salud entre los profesionales participantes del estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Salud Colectiva, Servicios de Salud, Condiciones de trabajo, Médicos.

## The work process of physicians in the context of the provision of Seguro Popular (popular insurance) services in Oaxaca, Mexico. An analysis from collective healththe point of view of the participants

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the work process of physicians who provide Popular Insurance services in health care units in the Central Valleys region of Oaxaca, Mexico. **Methods:** cross-sectional, analytical study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with physicians to explore the

\* Docente en la Facultad de Medicina, Fundación Universitaria San Martín, Bogotá, Colombia. Correo de electrónico de contacto: [cleovarda@gmail.com](mailto:cleovarda@gmail.com)

\*\* Profesor-investigador en la Universidad Autónoma Metropolitana,

Ciudad de México, México. Correo electrónico de contacto: [jsec6322@correo.xoc.uam.mx](mailto:jsec6322@correo.xoc.uam.mx)

Fecha de recepción: 21 de agosto de 2022.

Fecha de aceptación: 04 de noviembre de 2022.

health work process from a broad framework, with emphasis on the perspective of Latin American Collective Health. **Results:** 11 physicians participated, who reported a restricted margin in the context of the provision of Popular Insurance services, for the development of the work process (limited time for care, lack of equipment and supplies). **Conclusion:** Popular Insurance showed limitations from its pilot phase and during its implementation, which negatively impacted the adequate performance of the health work process among physicians participating in the study.

**KEYWORDS:** collective health, health services, working conditions, physicians.

## Introducción

El proceso de trabajo en salud que realizan profesionales de la medicina es influido por diversos procesos. De estos, se reconoce a la política de los servicios de salud como uno de los aspectos más definitivos que moldean el trabajo médico, porque concentra orientaciones nacionales como la política económica y social, y otros supranacionales, como la globalización y su influencia en la política pública.

México, como muchos otros países, desde la década de los años ochenta ha sido escenario de procesos de transformación en materia de reformas políticas soportadas en la ideología neoliberal (Trejo y Andrade, 2013). En el sector salud un cambio con gran impacto en la producción de servicios de salud fue la reforma a la Ley General de Salud de 2003, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo el Seguro popular (SP) para ampliar la cobertura de atención en salud para población sin algún tipo de seguro médico (Gómez et al., 2011). Con esa reforma la prestación de servicios incluía la contratación de instituciones públicas y privadas por los Servicios Estatales de Salud (SESA) (González, 2017). Desde la promulgación de la reforma de 2003, los SESA incorporaron personal de salud para prestar los servicios contemplados en el

SP en condiciones precarias de contratación. Los estudios que abordaron las repercusiones de la implementación del SP en las condiciones de trabajo de los prestadores analizaron relaciones laborales, riesgos psicosociales y organización del trabajo (Acosta et al., 2013; Nigenda et al., 2012).

En el estudio de Nigenda (2012) se exploró el tipo de relación laboral según la contratación de los prestadores de servicios del SP, destacando que la modalidad de contratación era por honorarios desde el inicio de la reforma hasta 2009. Una particularidad de la normatividad reguladora de esta modalidad de contratación es negar la existencia de una relación laboral al asumirla como “un acuerdo entre dos voluntades” y su regulación es mediada bajo la ley civil (Zavala, 2011) y no bajo la laboral.

Por otro lado, el estudio de Acosta (2013) y colaboradores exploró los riesgos psicosociales y organización del trabajo, mostrando que los prestadores del SP referían laborar en condiciones de sobrecarga de trabajo, bajo presión, con falta de infraestructura y recursos humanos.

En la operación del SP, el estado de Oaxaca fue una de las entidades federativas con alta propor-

ción de afiliación a este esquema de aseguramiento. Según el censo de población de 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 78,3 % de la población de ese estado tenía adscripción al SP (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). Por esta razón se consideró como un escenario propicio para explorar cómo fue la operación del SP.

En el contexto supranacional, la reforma de la Ley General de Salud en 2003 se inscribe en las reformas estructurales de corte neoliberal que han modificado los sistemas de salud en la región de América Latina. Trabajos como los de Ardila (2017) en Colombia, evidencian el impacto de estas reformas sobre el denominado acto médico y en la relación médico-paciente, anamnesis incompletas, barreras clínicas, creación de topes de gastos, metas de productividad, indicadores de gestión, entre otros.

Con base en los cambios en los marcos normativos reguladores de la producción de servicios de salud en México, y desde una mirada amplia del proceso de trabajo en salud, se planteó como objetivo de investigación analizar el proceso de trabajo de profesionales de la medicina que prestaban servicios del SP, en unidades de atención en la región de Valles Centrales de Oaxaca, México. Analizar el proceso de trabajo en salud que realizan los profesionales de la medicina es importante porque la prestación de servicios de salud adecuados y de calidad depende de contar con talento humano en salud con capacidades técnico-científicas y humanas y, además, equitativamente distribuido (World Health Organization, 2018).

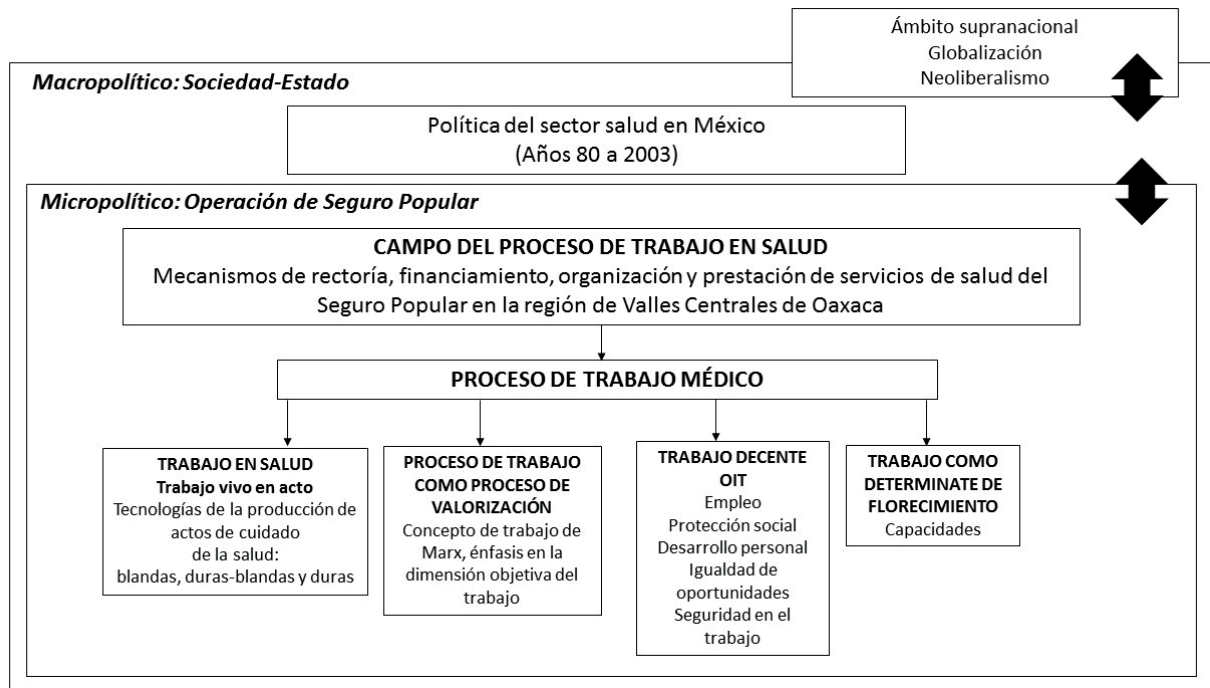
## Métodos

Se diseñó un estudio transversal con enfoque cualitativo, durante el periodo enero-abril de 2019.

Se realizaron entrevistas semiestructuras y observación participante junto con profesionales de la medicina que intervienen en la prestación del SP en unidades de atención de salud de Oaxaca.

Se consideró un muestreo por conveniencia al contactar participantes con la técnica de bola de nieve, a partir del contacto a través de los directores de los centros de salud de la zona de Valles Centrales de Oaxaca. Las entrevistas fueron transcritas en el programa Word y codificadas con el programa Atlas ti versión 8. Se realizó un análisis de contenido y una integración de categorías por comparación a través de matrices de Excel. En la Imagen 1 se describen los niveles y dimensiones usados en el análisis del proceso de trabajo en salud en la investigación.

En esta entrega se presentan los resultados del nivel micro político, y de este, las dimensiones del trabajo exploradas desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana (SCL) del trabajo en salud en el contexto de la prestación de servicios del SP. El encuadre de análisis en la salud colectiva, como corriente de pensamiento, tiene dos objetos de estudio: el proceso de salud-enfermedad y las prácticas sociales para afrontarlo (Jarrillo et al., 2016). En el caso del segundo, existen contribuciones importantes desde la línea de investigación sobre el trabajo médico. En Brasil se encuentran aportaciones relevantes, entre ellas de los autores Ricardo Bruno Mendes Goncalvez y de Emerson Elias Merhy. De acuerdo con la perspectiva del último autor, el proceso de trabajo en salud debe ser estudiado principalmente a través de uno de sus elementos: la actividad que realiza el profesional de salud, denominándolo trabajo vivo en acto, y el prestador de servicios de salud realiza actos de cuidado, con dos dimensiones: cuidadora y profesional (Merhy, 2006).

**Imagen 1: Niveles de análisis de proceso de trabajo en salud.**

Fuente: Elaboración propia (2021)

En la dimensión cuidadora se generan procesos de comunicación, construcción de necesidades, procesos de acogimiento, generación de vínculos, responsabilidades y articulación de saberes; para producirlos, el profesional de la salud cuenta con una caja de herramientas llamadas tecnologías blandas, que incluyen relaciones de producción de vínculo, autonomización, acogimiento y gestión; el modo como se dirige el proceso de trabajo y el modo de incorporar las demás tecnologías, en conjunto, definen un cierto modo de atención.

Por otro lado, en la dimensión profesional se producen procedimientos, diagnósticos y proyectos terapéuticos. Para generarlos el profesional de la salud cuenta con la caja de herramientas conformada por tecnologías duras y duras-blandas. Las

tecnologías duras-blandas incluyen los saberes estructurados, por ejemplo, la clínica médica, la patología, la terapéutica, etc. Las tecnologías duras incluyen equipos, normas y estructuras organizacionales.

Por último, respecto a las consideraciones éticas de la investigación, es importante señalar que a todos los participantes del estudio se les explicó y proporcionó una carta de consentimiento informado, la cual garantiza los principios bioéticos de investigación como: confidencialidad, autonomía, no maleficencia y beneficencia. Además, al finalizar la entrevista se les entregó una tarjeta de contacto con los datos de los profesionales responsables de la investigación, ante cualquier eventualidad o cambio de parecer que hubiese surgido.

## Resultados

Se entrevistaron 11 profesionales de medicina, trabajadores de los servicios de salud de la región de Valles Centrales de Oaxaca: 10 de centros de salud y una médica del Hospital de Especialidades. La edad de los participantes está entre los 35 y 48 años, participaron 8 mujeres y 3 hombres; 9 de los profesionales realizaron estudios en medicina en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

En relación con los años de experiencia, 10 de los profesionales entrevistados tienen entre 10 y 20 años de experiencia, excepto la médica especialista quien lleva tres años ejerciendo como especialista y trabajó seis meses en los servicios de salud de Oaxaca. Por último, en cuanto a los estudios de posgrado, cuatro de los profesionales entrevistados realizaron estudios de maestría.

### *1. Proceso de trabajo en salud: dimensión cuidadora*

- Relación médico paciente:

Los profesionales entrevistados asimilaron el proceso de acogimiento como la “relación médico paciente”. Del grupo de entrevistados, cinco la describieron como buena puesto que los pacientes no refieren quejas, buscan tener una adecuada comunicación, son empáticos, ponen atención a lo que refieren y porque observan adherencia a las citas médicas.

Por otro lado, cuatro profesionales refirieron una relación médico paciente no adecuada o con limitaciones, por factores como: actividades administrativas que deben realizar, duración limitada de la consulta, barreras administrativas que dificultan a las personas aseguradas por el SP acceder a

los servicios, falta de medicamentos y largas distancias para la toma de exámenes; como se evidencia en el fragmento siguiente:

No alcanzan quince minutos para un paciente, más ahorita, porque hay muchas situaciones de registros administrativos que se tiene que hacer en una base de datos y se registran muchas variables [...] es muy extenso eso, desde la fecha, el CURP, la edad, el sexo, el diagnóstico, el número del CAUSES, que maneja lo del SP, número de receta [...] entonces, quince minutos no son suficientes. Si es un paciente de nuevo ingreso, por ejemplo, una embarazada, personalmente, a veces, ¡hasta una hora! me tomo para un ingreso de una embarazada. (Entrevista N°5).

- Generación de responsabilidades:

Respecto a cómo se generan responsabilidades en el paciente, dos de los profesionales entrevistados refirieron la advertencia a los pacientes sobre las complicaciones que pueden presentarse si no hay adherencia al tratamiento y no se procuran los cuidados indicados.

- Articulación de saberes

Oaxaca es la entidad federativa de México con la mayor proporción de población indígena. El 28,9% de las personas de cinco años o más hablan una lengua indígena (INEGI, 2020). Para explorar el intercambio de saberes en el marco de la dimensión cuidadora del trabajo en salud, se preguntó a los profesionales en medicina sobre las dificultades e intercambio de saberes en salud, al momento de atender a población de los pueblos originarios cubierta por el SP.



Al respecto, cuatro de los profesionales entrevistados señalaron como dificultades el desconocimiento de la lengua indígena y su diversidad en el estado, generar confianza en el tratamiento ofrecido, bajo nivel de escolaridad de los usuarios, distancia entre el lugar de residencia de las comunidades indígenas y los centros de atención, así como prácticas que representan un riesgo para la salud, como es el consumo de agua de nacimientos (fuentes naturales de agua) y que las comunidades consideran como potable.

Yo soy de un pueblo [...] que está aproximadamente siete horas de acá (la capital). Ellos tienen una clínica que es del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Oportunidades, no manejan Seguro popular, digamos que es para población abierta. La clínica que atiende a los del Seguro Popular queda como a cuarenta y cinco minutos de mi pueblo, en una ranchería que está metida, metida. Ahora, si tú quieres tomarte unos estudios de laboratorio, tienes que ir al hospital de Cuicatlan. De Cuicatlan para mi pueblo son cuatro horas. ¡Solo para ir a sacar la cita! yo no voy a gastar el dinero, entonces, pues no voy a ir. (Entrevista N°4)

Uno es el lenguaje, manejamos muchos idiomas aquí en Oaxaca, muchos dialectos y ese es uno de los principales problemas. Dos, el que no tengan una escolaridad [...] y la edad. Hay personas de doce, trece años que llegan embarazadas [...], que salieron de sus comunidades por lo mismo y es una barrera bastante grande el que no nos puedan entender. (Entrevista N°6).

## 1.2 Dimensión profesional

- Objetivo del proceso de trabajo

Los profesionales entrevistados consideran que el

objetivo de su trabajo es prevenir la enfermedad entre la población usuaria en las unidades de salud para no generar mayor morbilidad y mayores gastos en salud, no obstante, también mencionaron que, pese a ser la prevención la principal finalidad de sus actividades, las intervenciones en la cotidianidad están más dirigidas a la curación, además, señalan desconocimiento sobre qué es la prevención en salud.

Se supone que en un primer nivel de atención médica deberíamos de ser más preventivos. Tener actividades [...] para que las personas [...] no se nos atiborren en la unidad [...] tenemos que hacer actividades de promoción [...] pero pues somos [...] más que nada curativos. (Entrevista N°7)

Respecto a promoción y prevención en salud, consideran que en general no se realiza salvo actividades de vacunación.

En cuanto a los objetivos de prevención hay muchas carencias porque hay falta de información, de talleres [de] autocuidado para los pacientes, entonces, más que nada, es [que] no hay información adecuada para los pacientes. (Entrevista N°8).

Al revisar las acciones de promoción y prevención cubiertas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) como intervenciones para asegurados del SP, se observan 27 de promoción y prevención (Comisión Nacional de Protección Social de Salud, 2019), además considera el “Paquete Garantizado de los Servicios de Promoción y Prevención” (Secretaría de Salud, 2011) en el primer nivel de atención a toda la población, sin importar la condición de derechohabiencia. Pese a contar con este referente, la percepción de los profesionales es que el componente de preven-



ción y promoción no se realiza completo, con excepción de las acciones de vacunación, detección temprana de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y control prenatal, considerados con mejor desempeño.

- Generación de proyectos terapéuticos

Al explorar entre los profesionales si se cumplen los objetivos terapéuticos en las personas atendidas mediante el Seguro popular, tres profesionales señalaron que no porque no cuentan con los medicamentos requeridos, faltan insumos y equipo médico, existen dificultades para la toma de exámenes paraclínicos, en ocasiones se agotan las alternativas de tratamiento que ofrece el CAUSES y, además, consideran que los pacientes no tienen estilos de vida saludables. Dos profesionales señalaron cumplir en ocasiones los objetivos terapéuticos porque los pacientes hacen el esfuerzo de comprar los medicamentos que no les pueden suministrar.

Pienso que sí se cumplen, solamente que dependen mucho del paciente, cuando tú le prescribes un medicamento. La mayoría de los pacientes hacen lo posible por comprar el medicamento que no tengamos nosotros, pero muchos efectivamente no culminan y al final dejan evolucionar la enfermedad. (Entrevista N°9).

- Condiciones de salud

También se exploró la contribución del SP para mejorar las condiciones de salud de la población cubierta. Con respecto a esto, siete profesionales mencionan una acción limitada del SP debido a la falta progresiva de medicamentos. Se reconoce la mejor atención de algunos padecimientos incluidos en el CAUSES, y permitió ofrecer atención médica a un grupo de personas carentes de

algún seguro médico y promovió la adherencia a la atención, puesto que programas como Prospera condicionaba el acceso a sus beneficios a cambio del cumplimiento de actividades de asistencia al Centro de Salud.

El Seguro popular sí ha venido a ayudar muchísimo en cuanto a lo que son costos para algunos padecimientos, en ese aspecto se podría decir que hay mejora en cuanto a las detecciones cáncer cervicouterino, cáncer de mama, el tratamiento, todo esto. Y en algunas cosas sí sería necesario mejorar en cuanto a lo que son las actividades o lo que es la cobertura, se podría decir. (Entrevista N°6)

- Autonomía médica

Respecto a la autonomía médica, siete de los profesionales entrevistados consideran que sí tienen autonomía médica, principalmente porque pueden decidir el tratamiento a ofrecer a sus pacientes, siempre y cuando haya adherencia a las guías de práctica clínica. Así, se perciben autónomos en su trabajo a pesar de no poder controlar los tiempos de atención, ni el plan de cuidado a seguir. Una posible explicación de esta contradicción es que los profesionales separan su autonomía de la llamada autonomía de la producción de los servicios de salud (Schraiber, 1993), es decir, se consideran autónomos porque opinan sobre el manejo de sus pacientes, pero no asumen responsabilidad de la realización de los demás procesos de trabajo necesarios para concretar su decisión.

- Tecnologías duras: equipos e insumos

Las tecnologías duras son una de las herramientas disponibles por los profesionales en medicina para realizar actividades propias de la dimensión profesional del trabajo en salud, de estas se explo-

ró la disponibilidad de insumos, equipos médicos y la relación con compañeros de trabajo.

Cuatro de los profesionales entrevistados mencionaron falta de insumos como gasas, guantes, abatelenguas, agua y tiras reactivas para la toma de glicemia. Particularmente, la médica especialista señaló carencias de insumos necesarios para los equipos médicos especializados para realizar cirugías, por lo tanto, su uso era limitado o inexistente.

A veces no contamos ni con un estetoscopio para revisar al paciente, no hay tiras reactivas para la toma de glicemia en los pacientes. En ocasiones he tenido que ir a comprarlo o alguien ha tenido que ir a algún laboratorio para que se les tome la muestra. (Entrevista N°8)

Otras carencias mencionadas, fueron el uso de máquinas de escribir para realizar la historia clínica y la falta de recetarios. Un entrevistado señaló que algunos consultorios cuentan con computador y otros carecen de él, y en ese caso para agilizar el trabajo lleva su computador e impresora personales. Otro mencionó que hace falta contar con un sistema de información de los pacientes para disminuir la necesidad de obtener de manera repetitiva información de los pacientes en los diferentes formatos a llenar.

Nosotros [...] seguimos haciendo las notas con las máquinas de escribir. Y no es porque no se hayan hecho las gestiones, en cuanto al encargado, a los directivos que han estado en la unidad, pues han hecho las gestiones, pero no se ha logrado. Contamos con una o dos computadoras que nos ha dotado más que nada la autoridad municipal. En mi caso, yo llevo mi computadora, mi impresora para tratar ¡de agilizar! (Entrevista N°3)

#### • Relaciones de trabajo

En cuanto a la relación con el personal administrativo, tres de los profesionales entrevistados consideran buena la relación, y pueden acudir a ellos cuando tienen dudas sobre el manejo de sus pacientes. Por otro lado, seis de los profesionales entrevistados considera existe trabajo en equipo, relación respetuosa y cordial; uno de ellos considera en ocasiones posturas muy críticas de los compañeros cuando alguien manifiesta dudas o un manejo distinto al esperado para algún paciente.

#### Discusión

La dimensión cuidadora del trabajo médico relacionada con las habilidades sociales del médico(a), las limitaciones externas y la apropiación de derechos de los sujetos de atención, muestran en la dimensión relacional del proceso de trabajo en salud tres elementos de tensión. El primero está relacionado con las habilidades sociales del trabajador(a) de la salud. Los/as profesionales, de acuerdo con sus testimonios, consideran buena la relación con sus pacientes y ubican momentos definitorios en el contacto inicial y la resolución de situaciones conflictivas. Sobre la relevancia del contacto inicial en la relación médico-paciente para el trabajo en los servicios de salud, el estudio de Goffman (2009) en instituciones psiquiátricas menciona que constituye marcador de la dinámica de dicha relación en conjunto, la cual a su vez está permeada por prejuicios e ideas preconcebidas de quienes intervienen. En este sentido, el profesional de salud debe aprehender al sujeto de atención con sus particularidades e intentar comprender el contexto social y cultural del cual proviene, al margen del subsistema de salud donde esté: SP, seguridad social, sector privado. Asimismo, es necesario insistir en fortalecer la capacidad comprensiva y habilidades comunica-

cionales en el personal de salud tanto en las instituciones de educación superior en la formación de profesionales, y también en las instituciones de salud en los niveles federal, estatal y local. Durand (2011) enfatiza que el trabajo en servicios es esencialmente de comunicación y para su efectividad debe existir una contextualización y reflexión, para el profesional de la salud es indispensable contar con habilidades para establecer una comunicación exitosa en tanto es quien guía este proceso, tales habilidades y saberes corresponden más a áreas de las humanidades, y por eso se trabajan poco durante la formación universitaria y de actualización en los profesionales de la medicina en particular y de la salud en general.

El segundo elemento corresponde a las limitaciones externas, aquellas no atribuibles al profesional ni al sujeto de atención, a las cuales los primeros también intentan resistir. Una muy importante es el limitado tiempo disponible para la atención, el cual se acorta aún más debido a la realización de tareas administrativas y las deficiencias en recursos y trámites. Respecto al tiempo de atención en consulta externa de medicina general, se ha documentado que los trabajadores(as) lo consideran insuficiente (Ardila, 2017), a pesar de los intentos para formular una recomendación internacional sobre el tiempo técnico y éticamente adecuado como indican Outomuro y Mariel (2013), o las aproximaciones para analizarlo en términos sociológicos (Rodríguez-Torres et al., 2018). Ante la restricción del tiempo, los profesionales implementan algunas acciones para optimizarlo, como escribir abreviadamente en la historia clínica, realizar un examen físico dirigido, o como en el caso del centro de salud de Pueblo Nuevo, limitar la consulta a 20 minutos. Ante una falta de evidencia concluyente para precisar el tiempo óptimo, es posible realizar experiencias piloto para evaluar la calidad de la atención, la satisfacción del tra-

bajador(a) de la salud y del sujeto de atención; y en última instancia los resultados en salud a largo plazo porque mayor tiempo de consulta implica mayor gasto en infraestructura y nómina.

En relación con la carga por tareas administrativas, también se ha documentado como una afectación para otros trabajadores del sector (Ardila, 2017), especialmente porque los sistemas de información en salud requieren registrar datos primarios por parte del personal asistencial y administrativo. Este proceso de obtención captura y, en su caso, sistematización y concentración de la información puede y debe hoy día procesarse con recursos tecnológicos disponibles, su carencia o incluso ausencia implica actividades adicionales o de mayor detalle. Particularmente, en el caso del proceso de afiliación al SP, Flamand y Moreno (2016) documentan la variabilidad de recursos técnicos para realizarla; mientras uno estados cuentan con recursos tecnológicos para la captura digital de datos, en otros se debe realizar manualmente.

Por último, el tercer elemento, sitúa las tensiones relacionadas con la apropiación del derecho a la salud por parte de los sujetos de atención. Si bien inicialmente no se ubicó en la dimensión cuidadora de salud el respeto a los derechos de los sujetos de atención, los profesionales entrevistados sí lo tienen presente en sus testimonios. Al revisar las causas de los conflictos durante el proceso de atención, algunos señalan como un problema del SP empoderar a los pacientes para exigir la prestación de los servicios conforme a lo que este prometió y promocionó. Sin duda, es un aspecto polémico porque se podría decir que generar la capacidad de exigencia en sujetos sociales que generalmente son subordinados al profesional constituye un atributo positivo. Sin embargo, esto reta a los profesionales a modificar su interpreta-

ción preexistente desde el poder profesional. Asimismo, el Plan Sectorial de Salud del estado de Oaxaca (Gobierno de Oaxaca, s.f.) incluye en uno de sus ejes del modelo de atención a la promoción de la participación ciudadana, pero pareciera haber contraste con el interés referido por los profesionales de salud de contribuir con su trabajo a ayudar a la población.

Con relación a la dimensión profesional, una de las condiciones para la adecuada atención en salud, son las condiciones de infraestructura y los elementos de trabajo específicos para la prestación de servicios médicos, donde las carencias de medicamentos, insumos y equipo de oficina en su lugar de trabajo se tornan un problema mayor. La falta de medicamentos es un tema de mucha complejidad y recurrente en su presencia, con mucha mayor difusión a partir del cambio de gobierno federal en 2018. Sin embargo, desde años anteriores el desabasto de medicamentos en los SESA, principalmente en los hospitales, ha sido señalado por varias investigaciones (Garrido et al. 2008; López-Moreno et al., 2011; Wirtz et al., 2012). Esto no sólo afectan las condiciones de trabajo de los profesionales, sino también a los sujetos de atención. En el caso de los primeros, los afecta en el cumplimiento de los objetivos de tratamiento con consecuencias para las personas que asisten a los servicios de salud. En los sujetos de la atención, el desabasto de medicamentos desincentiva la utilización de los servicios de salud y, como lo señalaron Ávila (2013) y colaboradores, obliga a que incurran en gastos en salud destinados a la compra de medicamentos. La investigación de Contreras y Tetelboin (2009) menciona que las dificultades en la entrega de medicamentos se identificaron desde las etapas iniciales de implementación del Seguro Popular (piloto 2001 a 2003), así como los retrasos en las transferencias desde el nivel central hacia los estados y que, pese

a esto, se continuó avanzando en la implementación de la reforma del 2003 (Nigenda, 2005).

Las causas de esta situación en la operación del Seguro popular pueden generalizarse a todo el sistema de salud, como lo señaló la exfuncionaria de gobierno, debido al retraso en la transferencia de recursos financieros desde la federación hacia a los estados, el mal manejo administrativo y la corrupción. Estos datos son corroborados en la investigación de López (2011), en la que algunos funcionarios indicaron retrasos en la entrega de medicamentos en las unidades de atención y subordinación de la toma de decisiones clínicas a definiciones administrativas. Este estudio estimó que sólo el 50% de las recetas de medicamentos eran surtidas completamente en unidades de atención ambulatoria en el estado de Oaxaca.

Los actuales modelos de atención en salud tienen como uno de sus pilares el enfoque de APS porque se estima su capacidad de resolver hasta el 85% de los problemas de salud más prevalentes (Vignolo et al., 2011) y, para el caso del estado de Oaxaca, es un eje del Plan Sectorial de Salud (Gobierno de Oaxaca, s.f.). Una preocupación recurrente es la centralidad de la atención en lo curativo más que lo preventivo, y en grado extremo una médica señala desconocimiento de la medicina preventiva.

Otro eje del modelo de atención en salud de Oaxaca es el enfoque intercultural. En la Ley estatal de salud se indica que los SESA deben apoyar la práctica de la medicina indígena, no obstante, no se evidenció su aplicación durante el trabajo de campo; los profesionales entrevistados no están familiarizados con tal enfoque y tampoco se ha incluido la medicina tradicional en la oferta de servicios. Esto sucede a pesar de reconocerse como una barrera de acceso a los servicios de sa-

lud para la población de pueblos originarios por habitar en zonas alejadas complicada por la orografía del estado, la falta de recursos económicos, vías de comunicación y transporte, todo lo cual les impide desplazarse a las unidades de atención y tener adherencia a los tratamientos (Aguilar et al., 2020).

La reforma a la Ley de Salud de 2003 centró el aspecto financiero del Sistema de Salud para brindar protección financiera en salud a las familias más pobres. Asimismo, estuvo inscrita en un proceso de descentralización de los servicios de salud y se justificó en cerrar brechas de asignación de recursos en salud entre los estados, al mismo tiempo que repartía la contención a la crisis económica del país desde los años ochenta.

Durante la fase inicial de implementación del SP en 2001, en algunos estados participantes en la fase piloto se presentaron demoras en las transferencias de recursos, lo que implicó subsanarlos con otras fuentes (Nigenda, 2005). Esta situación persistió según los testimonios de los profesionales entrevistados. Hoy es un desafío sin resolverse, pese a la transición del Seguro Popular al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en el año 2020 y el contexto de la emergencia sanitaria debido a la pandemia por el COVID-19 con inicio en el mismo año en México (Fernández et al., 2021), continúan siendo elementos estresantes de los servicios de salud, con demanda de mayores esfuerzos a los trabajadores(as) de la salud por incremento de la carga de trabajo, deterioro de su salud mental y mayor riesgo de contagio y complicaciones por el COVID-19 (Agren, 2020); así como aumento en la demanda de insumos, equipos y medicamentos, y necesidad de ampliar la infraestructura en salud. Estudios sobre el impacto del COVID-19 durante su fase inicial en

México, entre la población indígena de los estados con mayor proporción de esa población como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, mostraron una tasa de mortalidad por COVID-19 más alta entre este grupo de población comparada con la población no indígena y se asoció a un manejo médico de tipo ambulatorio (Argoty et al., 2021).

## Conclusiones

Armonizar un trabajo digno para los trabajadores de la salud, eliminar el marco restringido para el desarrollo de las dimensiones cuidadora y profesional del proceso de trabajo en salud, con el ejercicio del derecho a la salud entre los sujetos de atención y particularmente entre la población vulnerable, es un reto en la transformación del sistema de salud de México en los próximos años.

Existe tensiones significativas en la práctica de los profesionales de la salud en el contexto de la política neoliberal en salud como es el SP en México. Las afectaciones a la salud de las poblaciones, que de por sí son graves, se complican aún más por las carencias de recursos para la atención y por las propias dificultades de los/as profesionales. Destaca la atención médica restringida por las capacidades comunicacionales de los profesionales, particularmente en la relación con los usuarios y usuarias; también por las dificultades propias de la organización de los servicios de salud y las carencias de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos.

Destacan atributos de la formación y actualización de los y las profesionales para adecuar sus capacidades de intervención técnica, especialmente en ámbitos donde la población presenta una alta presencia de poblaciones de pueblos originarios.



## Referencias bibliográficas:

- ACOSTA, M.; TORRES, T.; DÍAZ, D.; AGUILERA, M. y POZOS, B. (2013). “Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, supl. 31: s181–s191.
- AGREN, D. (2020). “Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths”. *The Lancet*, vol.396, Núm. 10254:807.
- AGUILAR-PEÑA, M.; TOBAR BLANDÓN, M. y GARCÍA-PERDOMO, H. (2020). “Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena”, *Revista de Salud Pública*, vol.22, Núm.4:1-5.
- ARDILA SIERRA, A. (2017). “Límites y contradicciones al intentar humanizar la atención en una realidad de explotación laboral”. En: Díaz Amador, E. et al. (Ed.), *La humanización de la salud, conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 135-149.
- ÁVILA-BURGOS, L.; SERVÁN-MORI, E.; WIRTZ, V.; SOSA-RUBÍ, S. y SALINAS-RODRÍGUEZ, A. (2013). “Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación”, *Salud Publica de Mexico*, vol.55, Núm. 2:91–99.
- ARGOTY-PANTOJA, A.; ROBLES-RIVERA, K.; RIVERA-PAREDEZ, B. y SALMERÓN, J. (2021). “COVID-19 fatality in Mexico’s indigenous populations”, *Public Health*, vol.193: 69-75.
- COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD. (2019). CAUSES 2019. *Catálogo Universal de Servicios de Salud*. [http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES\\_2019\\_Publicaci%C3%B3n.pdf](http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicaci%C3%B3n.pdf) (consulta 10 de marzo de 2022).
- CONTRERAS-LANDGRAVE, G. y TETELBOINHENRION, C. (2009). “El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol.10, Núm.21:10–32.
- DURAND, J. (2011). *La cadena invisible. Flujo tenso y servidumbre voluntaria*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1-317.
- FERNÁNDEZ-ROJAS, M.A.; LUNA-RUIZ, M.A.; CAMPOS-ROMERO, A. et al. (2021). “Epidemiology of COVID-19 in Mexico: Symptomatic profiles and presymptomatic people”, *International Journal of Infectious Diseases*, vol.104: 572-579.
- FLAMAND, L. y MORENO JAIMES, C. (2016). “El Seguro Popular de Salud. Desafíos en la implementación de una política intergubernamental”. En: PARDO, M.; CEJUDO, G. y DUSSAUGE, M. (Ed.). *Estudios de caso sobre implementación de políticas públicas en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, 1-37.
- GARRIDO-LATORRE, F.; HERNÁNDEZ-LLAMAS, H. y GÓMEZ-DANTÉS, O. (2008). “Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México”, *Salud Pública de México*, vol.50, Núm.1:429–436.
- GOBIERNO DE OAXACA. (s.f.). Plan estratégico Sectorial Salud 2016-2022. Oaxaca de Juárez. [https://www.finanzasoxaca.gob.mx/pdf/planes/planes\\_esectoriales/2016-2022/PES\\_Salud.pdf](https://www.finanzasoxaca.gob.mx/pdf/planes/planes_esectoriales/2016-2022/PES_Salud.pdf) (consulta 10 de marzo de 2022).
- GOFFMAN, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1-379.
- GÓMEZ, O.; SESMA, S. y BECERRIL, V. et al. (2011). “Sistema de salud de México”, *Salud Pública México*, vol.53, supl.2: s220-s232.
- GONZÁLEZ-BLOCK, M.A. (2017). “¿Qué compra, cómo y de quién el Seguro Popular de México? Experiencia con la compra estratégica nacional y en una entidad pionera”, *Salud Publica México*, vol.59, Núm.1: 59-67.
- INEGI. (2015). Porcentaje de la población derecho-

- habiente usuaria de servicios de salud por Entidad federativa y Institución de afiliación. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/#Tabulados> (consulta 10 de marzo de 2022).
- INEGI. (2020). Lengua indígena. [https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/#Informacion_general) (consulta 10 de marzo de 2022).
- JARILLO SOTO, E.C.; CASAS PATIÑO, D., y CONTRERAS LANDGRAVE, G. (2016). “La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina, una lectura crítica desde la Salud Colectiva”, *Entreciencias*, vol.4, Núm.11.
- LÓPEZ-MORENO, S.; MARTÍNEZ-OJEDA, R.H.; LÓPEZ-ARELLANO, O.; JARILLO-SOTO, E. y CASTRO-ALBARRÁN, J.M. (2011). “Organización del abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada”, *Salud Publica de Mexico*, vol. 53, supl. 4:445–457.
- MERHY, E.E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo en acto*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1-135.
- NIGENDA, G. (2005). *El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/El-seguro-popular-de-salud-en-M%C3%A9xico-Desarrollo-y-retos-para-el-futuro.pdf> (consulta 10 de marzo de 2022).
- NIGENDA, G.; RUIZ-LARIOS, J.A.; AGUILAR-MARTÍNEZ, M.E. y BEJARANO-ARIAS, R. (2012). “Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México”, *Salud Publica de México*, vol. 54, Núm.6 :616–623.
- OUTOMURO, D. y MARIEL ACTIS, A. (2013). “Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica”, *Revista médica de Chile*, vol.141:361–366.
- RODRÍGUEZ-TORRES, A.; JARILLO-SOTO, E.C. y CASAS-PATIÑO, O.D. (2018). “La consulta médica, su tiempo y duración”, *Medwave*, vol.18, Núm.5: e7264.
- SCHRAIBER, L.B. (1993). *Liberdade. O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec:147-178.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2011). Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud. <https://hospitalcomunitariotarimoro.files.wordpress.com/2017/06/manual-del-paquete-garantizado-de-servicios-de-promocion-y-prevencion-para-una-mejor-salud.pdf> (consulta 10 de marzo de 2022).
- TREJO, M. Y ANDRADE, A. “Evolución y desarrollo de las reformas estructurales en México (1982-2012)”, *El Cotidiano*, vol. 177:37-46.
- VIGNOLO, J.; VACAREZZA, M.; ÁLVAREZ, C. y SOSA, A. (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, *Archivos de Medicina Interna*, vol. 33, Núm.1: 11–14.
- WIRTZ, V.; SANTA-ANA-TELLEZ, Y.; SERVAN-MORI, E. y AVILA-BURGOS, L. (2012). “Heterogeneous Effects of Health Insurance on Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Mexico”, *Value in Health*, vol.15, Núm.5: 593–603.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. (2018). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB144/B144\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_26-en.pdf) (consulta 10 de marzo de 2022).
- ZAVALA GAMBOA, Ó. (2011). “El trabajo por honorarios en México. Una visión jurisprudencial”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, vol.1, Núm.12: 207–213.

# “Acá el parto programado no existe más”: la urbanización de los partos de comunidades rurales desde la mirada del equipo local de salud.

---

*Sergio Fernando Jaime\** • *Juan Diez Tetamanti\*\** • *Alberto Daniel Vázquez\*\*\**

---

## RESUMEN

En Argentina se han efectuado experiencias localizadas de regionalización de la Atención Perinatal. En los últimos quince años, esto se ha enmarcado en una política federal que se conoce como “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia”. Particularmente en la provincia de Chubut, esta política se insertó en un contexto de profundas transformaciones económicas, crisis demográfica y de infraestructura que impactó en la dinámica de la atención de Embarazo, Parto y Puerperio, principalmente en áreas rurales. Se presenta un trabajo exploratorio realizado en el primer semestre de 2022, enmarcado en una metodología cualitativa y sobre la base de 15 entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de hospitales rurales y puestos sanitarios de localidades rurales de la provincia de Chubut. Se determinan así momentos de cambio, estrategias de los equipos y singularidades de adaptación en los procesos de atención EPP en áreas rurales, demostrando cómo una política de regionalización entra en conflicto con la propia dinámica territorial provincial, produciendo efectos no contemplados inicialmente en relación con las capacidades de los equipos locales, el riesgo de la aplicación de esta política en áreas remotas, sumado a problemas de infraestructura y arraigo, entre otras.

**PALABRAS CLAVE:** Atención perinatal, salud rural, políticas de salud, medicina social.

\*Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco/Asociación Civil Horizonte Sur-Laboratorio de Investigaciones Comunitarias, Chubut-Argentina. Correo electrónico de contacto: [monchituc2@hotmail.com](mailto:monchituc2@hotmail.com)

\*\*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)/Grupo de Investigación Geografía, Acción y Territorio (GIGAT) del Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Chubut, Argentina. Correo electrónico de contacto: [juan.dt@conicet.gov.ar](mailto:juan.dt@conicet.gov.ar)

\*\*\*Grupo de Investigación Geografía, Acción y Territorio (GIGAT) del Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Chubut, Argentina. Correo electrónico de contacto: [albertogeo85@gmail.com](mailto:albertogeo85@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 26 de noviembre de 2022.

**Fecha de aceptación:** 23 de febrero de 2023.



## **“Here the scheduled birth no longer exists”: the urbanization of the births of rural communities from the perspective of the local health team.**

### **ABSTRACT**

In Argentina, localized experiences of regionalization of Perinatal Care have been carried out. Over the past fifteen years, this has been framed in a federal policy known as “Safe, Family-Centered Maternities.” Particularly in the province of Chubut, this policy was inserted in a context of profound economic transformations, demographic and infrastructure crisis that impacted on the dynamics of Pregnancy, Childbirth and Puerperium care, mainly in rural areas. An exploratory work carried out in the first half of 2022 is presented, framed in a qualitative methodology and based on 15 interviews conducted with members of the health team of rural hospitals and health posts in rural localities of the province of Chubut. This determines moments of change, team strategies and adaptation singularities in PCP care processes in rural areas, demonstrating how a regionalization policy conflicts with the provincial territorial dynamics itself, producing effects not initially contemplated in relation to the capacities of local teams, the risk of the application of this policy in remote areas, added to problems of infrastructure and rootedness, among others.

**KEYWORDS:** Perinatal care, rural health, health policies, social medicine.

### **Introducción**

La atención del Embarazo, Parto y Puerperio (EPP) constituye uno de los procesos prioritarios en la provisión de servicios de salud y un objetivo central en las agendas gubernamentales (Hipgrave et al., 2016). Su evolución y universalización es un rasgo distintivo de los sistemas de salud modernos y las mejoras en el proceso han contribuido no solamente a optimizar los resultados globales de los sistemas de salud, sino también a generar un impacto demográfico y socialmente relevante (Chaves et al., 2015; Mosley, 1987; Palloni, 2001).

La evolución del proceso de Atención Perinatal (APe) debió sufrir diferentes tensiones hasta su configuración moderna. La definición desde el

campo médico del contexto institucional como el lugar específico donde debe realizarse la atención del parto confrontó en ocasiones con prácticas diversas y culturalmente validadas; la ulterior normatización del proceso de atención y su transformación mediante políticas públicas a un dispositivo social específico lo configuró como un conjunto de acciones altamente medicalizadas (Al-Gailani & Davis, 2014; Argüello-Avenidaño & Mateo-González, 2014; Greene, 2012).

Desde una perspectiva colectiva, la APe se constituye mayoritariamente bajo el paradigma del enfoque de riesgo: el proceso de atención tiene como objetivo esencial disminuir el riesgo de un evento adverso mediante la práctica de una serie de acciones orientadas a disminuir o prevenir el impacto negativo en cada uno de los momentos

(Koblinsky et al., 1999). La clasificación de la APe en embarazo de alto o bajo riesgo ocupa un lugar central en esta lógica y define las trayectorias del proceso de atención (Symon et al., 2017). El embarazo de alto riesgo se consolidó como un proceso cuya gestión clínica es del ámbito hospitalario y que responde mediante un sistema de complejidad creciente los desafíos asociados a esta definición (Hogue & Vásquez, 2002; McCormick, 1985; Schwarcz, 2011). El embarazo de bajo riesgo, sin embargo, transita en una diversidad de modalidades de atención orientadas a adaptar la evidencia disponible al contexto geográfico, cultural y capacidad de respuesta del sistema de salud (Paul & Singh, 2004; Scarf et al., 2016).

En la República Argentina surgió una prolífica discusión sobre el fenómeno de mortalidad materna a comienzos del nuevo milenio: la Razón de Mortalidad Materna a finales de la década del '90 (40/100.000 NV para el año 1999, mucho más elevada que algunos países de la región), con una tendencia al estancamiento y con grandes brechas de inequidad territorial y socioeconómica que evidenciaba obstáculos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio promovió una agenda orientada al cambio en políticas públicas asociadas a la APe (Ramos et al., 2004; Romero et al., 2010). Basada en experiencias locales de regionalización<sup>1</sup> y la evidencia disponible en ese momento, una serie de lineamientos promovidos por diferentes organizaciones e instituciones con interés en el área tomaron fuerza, transfor-

mándose luego en una política federal conocida como “*Maternidades Seguras y Centradas en la Familia* (MSCF)”, base del cuerpo normativo actual en torno a la atención del embarazo, parto y puerperio en el territorio argentino (Fariña et al., 2018.; UNICEF et al., 2012). Esta política se conforma como una mezcla de estilos de intervenciones que proponen conjugar cambios en la cultura de las organizaciones (una medicina orientada al paciente con un enfoque de derechos), una búsqueda de un piso de garantías en cuanto a calidad de atención (con una característica excluyente: las instituciones donde se realicen partos deben acogerse a una serie de Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales [CONE]) y la tendencia a la regionalización, fundamentalmente en cuanto a la atención de partos (Speranza & Kurlat, 2011). Estas CONE excluyen de hecho la posibilidad de realizar partos en hospitales de baja complejidad y como resultado se produjeron profundos cambios en el proceso de atención del EPP y en las trayectorias que se suceden a partir de este.

La provincia de Chubut (uno de los 24 estados provinciales de la República Argentina) se caracteriza por un territorio extenso (224.686 km<sup>2</sup>) y escasamente poblado (603.000 hab. en el 2022), donde sólo cinco ciudades concentran el 82% de la población. Su sistema de salud está organizado en 4 áreas programáticas en un modelo de complejidad creciente; cada localidad rural cuenta con un hospital o una posta rurales para atender sus necesidades de salud. Los partos son casi en su totalidad institucionalizados (99.9%) y en el periodo 2010-2019 las muertes maternas anuales variaron entre 1 a 5 casos en todo el territorio provincial. Producto del cambio normativo en la última década la ocurrencia de partos en hospitales rurales disminuyó de cerca de 40 partos anuales (2% del total de los partos) a 1 o 2 casos

<sup>1</sup> En los términos de esta política pública el proceso de “Regionalización de la Atención Perinatal implica el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno-perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos; utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable”(Fariña et al., 2018, p. 32).

anuales en la actualidad (Ministerio de Salud. Gobierno del Chubut, 2022).

Los cambios en el modelo asistencial del EPP en el área rural del Chubut se sumaron a cambios en la estructura y dinámica poblacional, principalmente en la zona central (meseta chubutense) donde se evidencia una disminución de la fecundidad y natalidad, masculinización de la población y, en términos generales, una reducción de la población en áreas rurales dispersas<sup>2</sup>. La singularidad de este contexto genera interrogantes sobre cuál será el impacto en las dinámicas y trayectorias de las mujeres y sus familias en el proceso de maternar bajo esta propuesta normativa. Una problemática de esta naturaleza es de características complejas, por lo cual su abordaje requiere un enfoque transversal que incorpore múltiples perspectivas.

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar esta nueva modalidad, describir como se percibe el proceso de atención del EPP y aportar a mejorar la comprensión del proceso y los fenómenos sociales sustantivos que surgen alrededor de la implementación de esta estrategia desde la perspectiva de los equipos rurales de salud.

## Material y métodos

El presente es un trabajo cualitativo realizado bajo el enfoque de la pesquisa cartográfica (Passos et al., 2009). La investigación cartográfica como enfoque propone la incorporación de múltiples vectores para la comprensión de una realidad compleja; para ello la investigación debe acceder al "plano común" que articula, conecta y moviliza esas diferentes aristas de la realidad,

<sup>2</sup> A modo de ejemplo, la población rural diseminada disminuyó un 46% en los últimos 10 años y en algunas localidades donde se realizó este trabajo contaban únicamente con habitantes adultos mayores masculinos.

tensionando la perspectiva desde la posición y experiencia (como elemento central del análisis) de diferentes sujetos-actores (Passos et al., 2009). El proceso de investigación cartográfica supone desafíos en el modo de inclusión de los participantes (investigadores-investigados), de interpretar las experiencias y en la composición final de un plano de fuerzas y afectos; este proceso puede ser en extremo amplio o convertir una instancia participativa en un espacio de confrontación que resiste una propuesta de co-creación, por el cual los resultados también tienen un componente de permanente devolución e intercambio en el que los sujetos-actores investigados conforman parte del proceso de investigación. Las investigaciones exploratorias brindan una respuesta a estos desafíos definiendo un sentido común compartido y un marco que permita un recorte de la realidad lo suficientemente amplio para su abordaje (Vindrola-Padros & Vindrola-Padros, 2018). El presente trabajo presenta los resultados de una investigación exploratoria, instancia inicial de un proyecto más amplio orientado a indagar experiencias y trayectorias de mujeres y familias de áreas rurales de Chubut, en el marco de MSCF desde la cartografía social.

Los hospitales de la provincia de Chubut se clasifican en un sistema de 7 categorías de complejidad creciente; los hospitales rurales se ubican en el tercer escalón de este sistema y se caracterizan por contar con servicios de internación simple y un equipo profesional que incluye en todos los casos atención médica, enfermería y odontología, pudiendo variar en la disponibilidad de otras profesiones (kinesiología, laboratorio, psicología). Las aldeas o pequeños núcleos poblacionales que concentran algunos servicios de población rural dispersa cuentan con postas sanitarias, el servicio más básico de la escala de complejidad, que

se caracteriza por contar con un servicio de enfermería permanente, trabajadores comunitarios de salud en terreno y visitas médicas periódicas. En el Mapa 1, se ubican los hospitales zonales y regionales (estos últimos caracterizados por la disponibilidad de internación diferenciada en un sistema de complejidad creciente, situados en poblaciones cuya densidad poblacional se define como urbana), habilitadas para la asistencia del parto; y los hospitales rurales en donde, hasta el año 2010 aproximadamente, era práctica habitual la asistencia de partos de bajo riesgo. Puede observarse en el Mapa 2, la dimensión de la provincia y los sectores espaciales que quedan fuera de un radio de 150 km de cada hospital habilitado para practicar partos.

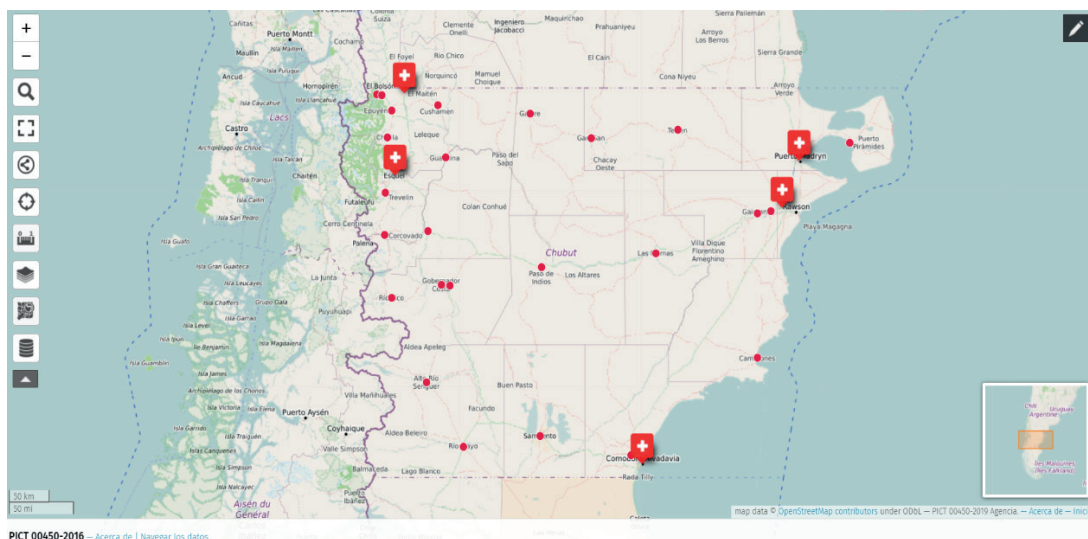
Para este trabajo se realizaron entrevistas en profundidad en un proceso de escucha activa a miembros del equipo de salud de hospitales rurales y puestos sanitarios de localidades rurales de

la provincia de Chubut, durante los meses de marzo a junio del 2022. Las entrevistas se orientaron a la descripción del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio antes y después de las modificaciones actualmente vigentes. Previo a las entrevistas se brindó un documento, de consentimiento informado a los participantes; además el equipo investigador consensuó que las expresiones publicadas en este trabajo se resguardarían de manera anónima. Debido a la extensa geografía de la provincia, el dispositivo de entrevistas se organizó en 4 secciones según sus territorios cotidianos de circulación y dependencias a áreas programáticas en el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio en el sistema de salud.

Se realizó una ficha de sistematización de cada entrevista con los siguientes observables:

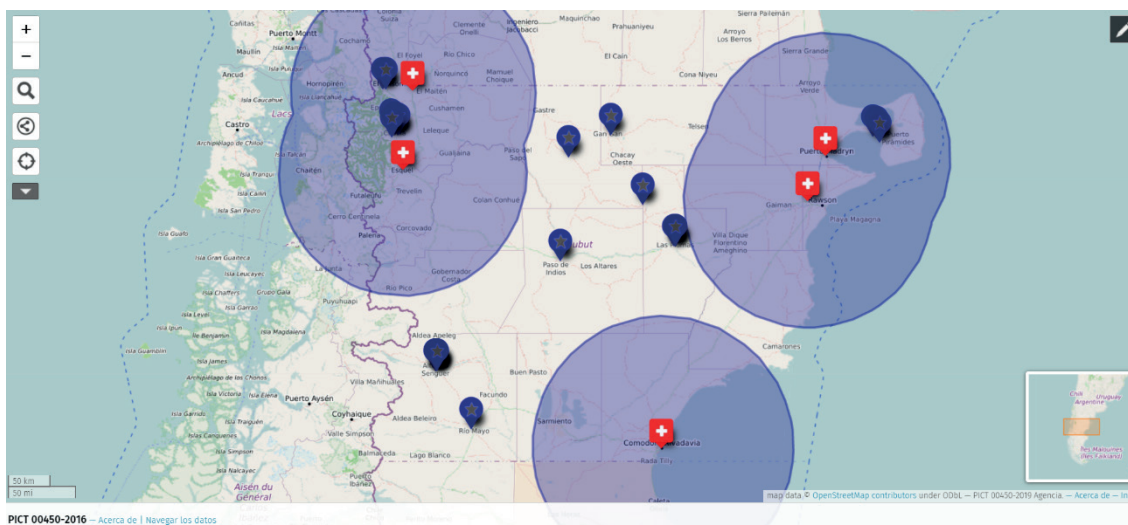
- Características geográficas, demográficas y físicas de la localización de los sujetos entrevista-

**Mapa 1. Ubicación de los hospitales zonales y regionales (en cruces), habilitados para parir y; hospitales rurales (en círculos rojos).**



Elaboración propia con base a Umap data ©OpenStreet contributors under ODbL (2023)

## Mapa 2. Provincia del Chubut; entrevistas realizadas entre 2021 y 2022, Hospitales zonales y regionales y Buffer de 150 Km



Fuente: Elaboración propia con base a Umap data ©OpenStreet contributors under ODbL (2023)

dos. Atendiendo a articular el relato con variables como distancia, dimensión, existencias, equipamiento de salud y distancia, características temporales cíclicas y de provisión de servicios públicos, como transporte, comunicaciones, etc.

- Características de la atención embarazo, parto y puerperio en zonas rurales actual. En esta sección se incluyeron todos los comentarios de las entrevistas que pudiesen contribuir a caracterizar el proceso de atención del EPP en los términos que la estrategia de MSCF propone.

- Características de la atención del embarazo, parto y puerperio previo a la estrategia de maternidades seguras. En este apartado se incluyeron todos los comentarios y observaciones de los contenidos de las entrevistas que pudiesen contribuir a caracterizar el proceso de atención del EPP previo a la normativa vigente.

- Experiencias sensibles y cambios en el tiempo. En este apartado de la grilla de sistematización se incluyeron anécdotas y se enfatizó en la experiencia vivida por los entrevistados, así como contenidos u observaciones que hagan referencia a como se percibieron estos cambios en el tiempo (de manera positiva o negativa).

- Principales ventajas percibidas. En este apartado se incluyeron todas las secciones de las entrevistas que hicieran referencia a ventajas que se destaquen de este modelo.

Posteriormente se realizó una codificación de las respuestas para su organización. El reagrupamiento ulterior se constituyó en la base para el análisis y conclusiones. Además, con las principales categorías y sus relaciones se diseñó un modelo general que caracteriza la atención actual del EPP bajo la estrategia de MSCF v según la perspectiva del equipo de salud rural.



El análisis de estos interrogantes se realizó desde una perspectiva fenomenológica por lo que el propósito de este trabajo se centra en esclarecer aquello que es dado como por sentado y natural en la población estudiada (equipo de salud de hospitales rurales). Esta búsqueda de sentido común se realizó definiendo tres aspectos en la información generada en las entrevistas: reciprocidad, origen y distribución sociales del conocimiento. Para el análisis de los problemas disruptivos que surgen en estos esquemas de pensamiento (antes y después de la implementación de las maternidades seguras) se analizará siguiendo los postulados de la coherencia lógica y de interpretación subjetiva de Schultz (Castro, 2019).

### *Características de la población estudiada*

Todas las localidades evaluadas se ajustan a la definición de localidades rurales y remotamente situadas<sup>3</sup>. Algunas localidades presentan vías de acceso de difícil tránsito, como las localidades del norte de la provincia emplazadas alrededor de la Ruta Provincial 4, pero mayoritariamente se localizan alrededor de rutas principales (rutas 26, 40 y 25) que las conectan con localidades de mayor jerarquía del sistema urbano provincial-regional (ciudades pequeñas y medianas que no superan los 250.000 habitantes) (Ver cuadro 1). Las distancias entre estas comunidades rurales usualmente son amplias, pero cuando estas distancias no son tan extensas se relacionan de un modo más estrecho definiendo flujos y trayectorias comunes.

Las localidades bajo análisis surgieron con el avance y la consolidación de la ganadería extensiva y en algunos casos con el avance de activida-

<sup>3</sup> Según la clasificación usual, se define poblaciones rurales a aquellos municipios con densidades menores a 150 habitantes por km<sup>2</sup> y remotamente situadas cuando el tiempo de traslado en vehículos al centro urbano de más de 50.000 habitantes más cercano es mayor a 60 minutos (Reig Martínez et al., 2016).

des agrarias más intensivas sobre valles irrigados de Chubut. En ese sentido, y más allá del declive de la actividad ganadera de las últimas décadas, los ingresos económicos de la población provienen de las actividades agrícola-ganaderas, el comercio, los empleos en el sector público y el cobro de pasividades (jubilaciones o pensiones). El turismo (Comarca del Paralelo 42 y otros sectores cordilleranos en el oeste de la provincia; Península Valdés en el nordeste de la provincia) también produce ingresos económicos en algunas de las localidades.

### **Resultados**

Se realizaron 15 entrevistas a personal de salud de diferentes localidades rurales de la provincia de Chubut. Dentro de las personas entrevistadas se incluyeron médicos, enfermeros, administrativos y trabajadores de salud en terreno. Algunos de los entrevistados fueron personal recientemente retirado. El análisis de las entrevistas permitió definir tres categorías de análisis relevantes que se describen a continuación.

### *El proceso general de Atención del embarazo en Áreas Rurales del Chubut*

La atención del EPP en la zona rural de la provincia de Chubut es un proceso heterogéneo en lo operativo, pero con algunas características comunes que permiten configurarlo desde la perspectiva de los trabajadores de salud (ver Figura 1).

La atención del embarazo en zonas rurales del Chubut: tensiones entre percepción de control y no control por el

La consigna inicial sobre la que se organizaron los dispositivos bajo la política de MSCF es la no realización de partos, aun cuando estos sean productos de embarazos de bajo riesgo, controlados y sin complicaciones presumibles al parto en

**Cuadro 1. Localidades rurales seleccionadas Provincia del Chubut por habitantes y distancia a centro de referencia.**

Sección	Localidades	Tipo de servicio	Habitantes 2022 (proyectado)	Distancia a maternidad de referencia
Comarca andina. Hospital de referencia: Hospital Zonal Esquel-El Maiten	Paso del Sapo	Hospital Rural	500	178 km
	Cholila	Hospital Rural	2503	145 km
	Tecka	Hospital Rural	1328	96 km
	Gualjaina	Hospital Rural	1778	85 km
Ruta 25 (meseta central). Hospital de referencia: hospital Zonal de Trelew.	Las Plumas	Hospital Rural	434	184 km
	El Mirasol	Puesto Sanitario	57	238 km
	Los Altares	Puesto Sanitario	472	287 km
	Paso de Indios	Hospital Rural	1665	343 km
Ruta 26 (meseta y zona sur de cordillera). Hospital de referencia; Hospital Regional de Comodoro.	Alto Rio Senguer	Hospital Rural	1703	349 km
	Aldea Beleiro	Puesto Sanitario	275	383 km
	Rio Mayo	Hospital Rural	2999	273 km
	Ricardo Rojas	Puesto Sanitario	281	343 km
	Buen Pasto	Puesto Sanitario	105	235 km
Ruta 4 (meseta norte y Península de Valdez) Hospital Zonal de Puerto Madryn.	Telsen	Hospital Rural	598	172 km
	Gan Gan	Hospital Rural	730	267 km
	Gastre	Hospital Rural	640	388 km
	Puerto Piramides	Hospital Rural	792	94 KM

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Dirección General de Estadísticas y Censos Chubut (2022)

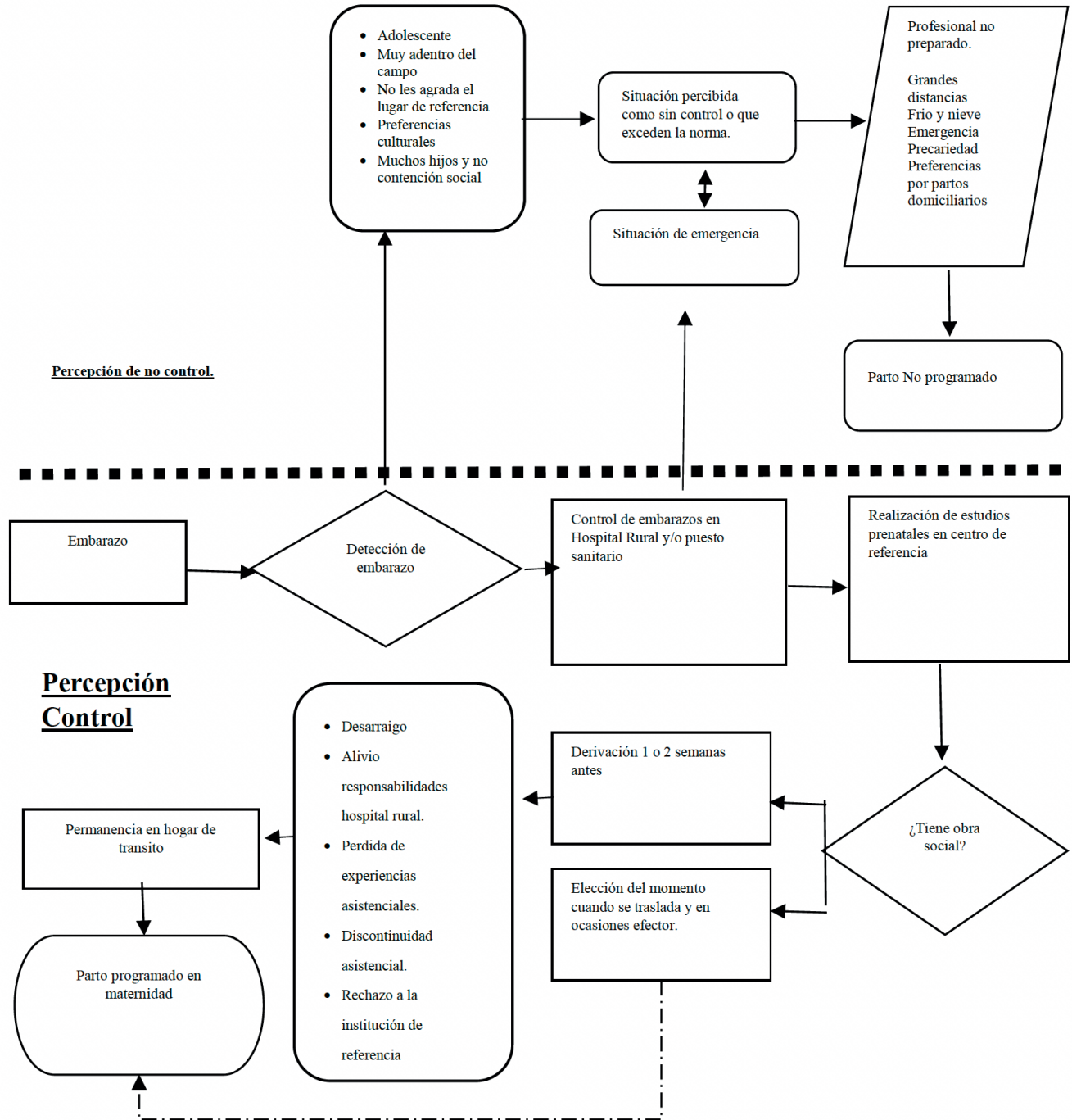
hospitales rurales, solo en caso de emergencias. Esto es mencionado recurrentemente como “la ley”<sup>4</sup> de maternidades seguras y los procesos centrales (detección temprana, controles, derivación, asistencia del parto y puerperio), tanto como los de apoyo (administrativos, logística, recepción) actúan en consecuencia de esta lógica.

*“El parto programado no existe más, solo emergencias” (J., Enfermero)*

<sup>4</sup> Si bien en las entrevistas es mencionado como “la ley” resulta relevante que en ningún caso los entrevistados mencionan con certeza de qué norma, Ley o Disposición se trata.

El “parto programado”, en términos generales, es considerado como aquel producto de un embarazo con seguimiento y control por el equipo de salud local y remitido al lugar de referencia, en el momento que las autoridades consideran prudente (habitualmente 1 o 2 semanas antes de la fecha probable de parto, dependiendo de cada área programática). La atención del EPP en zonas rurales previo a la política de MCSF daba por sentado que los partos producto de embarazos de bajo riesgo debían realizarse en el hospital local y solo derivar los de riesgo (embarazo con algún factor de riesgo definido en las guías gubernamentales de ese momento) o complicaciones

**Figura 1. La atención del embarazo en zonas rurales del Chubut: tensiones entre percepción de control y no control por el equipo de salud rural.**



Fuente: Elaboración propia (2022)



(algún evento fortuito de un parto en un embarazo clasificado como normal o alguna complicación durante un embarazo de bajo riesgo que implicaba una mayor complejidad). En el imaginario de ese momento los partos eran percibidos como una práctica de riesgo (práctica con altas posibilidades de un resultado adverso o inesperado) y gran concentración de esfuerzos lo que generaba un fenómeno relevante en términos de gobernanza; el acompañamiento por un profesional de gran experiencia en el manejo de partos en el área rural brindaba un sentido de protección, seguridad y confort en la asistencia del EPP en el equipo rural de salud. Esto determinaba una escala de jerarquías en cuanto a la capacidad de resolver este tipo de situaciones (el parto) que se obtenían mediante la experiencia, el nivel de conocimientos o la combinación de ambas; impresiona, en base al relato de los entrevistados, que mucha de la autoridad y liderazgo en los hospitales rurales se definían en base a esta escala. Los relatos también refieren una progresiva institucionalización del parto acompañada de una necesidad de que quienes realizaban esta práctica estén acreditados como idóneos; este proceso (la acreditación profesional de quien asiste en el parto) se expresaba en modo de tensión cuando confluía personal con gran experiencia empírica (como podían ser los enfermeros más antiguos) con profesionales médicos sin demasiada experiencia previa.

Algunas características del proceso general de atención actual configuran lo que es percibido como un “embarazo controlado”: la detección precoz, los controles periódicos y la derivación antes de la fecha probable de parto al centro asistencial de referencia. En contraposición existen situaciones asociadas a un “parto no programado” (haciendo referencia a partos de embarazos que sucedieron sin seguir el proceso como lo indica la política de MSCF) y percibidas como con escasas

posibilidades de intervención o control por parte del equipo de salud: eventos que se desencadenan de manera fortuita (emergencias) y mujeres que por distintas situaciones no concurren a las citas programadas, no muestran interés o eligen otras alternativas para la atención del EPP (se menciona con frecuencia el “ocultar” el embarazo hasta el último momento).

La marcada disminución de partos que se producen en las zonas rurales producto de su traslado a hospitales de referencia generó una paradoja: los “partos no programados” son actualmente la forma más frecuente de parir en la zona rural. Sin embargo, no se observó en los entrevistados que esto aliente a una mayor preparación para estas circunstancias sino más bien a un traslado más rápido al centro de referencia a pesar, inclusive, de la inminencia del parto. Probablemente esto explique dos fenómenos particularmente evidentes: el abandono progresivo del espacio físico destinado a la realización de los partos y recepción del recién nacido (un espacio central en la arquitectura clásica de los hospitales rurales desde la década del 80) y un retroceso en las capacidades operativas necesarias para la atención del parto y recepción del recién nacido<sup>5</sup>.

*Hay una sala de parto y parto, a veces la usamos como depósito (A., Administrativa, Hospital Rural)*

Existen divergencias importantes sobre el momento de derivar al centro de referencia; aquellas mujeres que dependen exclusivamente del sistema público de salud deben trasladarse en el momento y lugar que cada región sanitaria considera conveniente (usualmente 1 o 2 semanas); pero

<sup>5</sup> En algunos puestos sanitarios de frontera, como Aldea Beleiro, aún se conserva el espacio de “Sala de Parto” indicado en la cartelería institucional.

aquellas gestantes con recursos o seguro de salud se les abre la posibilidad de elegir el momento y el lugar donde sea atendido su parto. La llegada de las gestantes derivadas bajo responsabilidad del sistema público de salud a los hogares de tránsito también es percibida como un momento de tensión: usualmente descriptos como lugares poco acogedores, distintas entrevistas manifestaron la escasa flexibilidad en contemplar situaciones o preferencias personales.

### ***Geografía, clima y cambios poblacionales***

El clima, las características de una geografía escarpada y el mal estado de los caminos son características singulares en el proceso de atención en las zonas rurales de la provincia de Chubut. Muchas de las conductas y hábitos institucionales de los centros sanitarios en zonas rurales son influenciadas por las singularidades propias de esta área de la Patagonia: grandes distancias entre cada población, estado deficiente de la infraestructura y servicios de transporte público y condiciones climatológicas extremas, fundamentalmente durante el invierno.

Las distancias y el clima extremo generaron un imaginario del parto como un fenómeno potencialmente dramático. Llama la atención que parte de la aceptabilidad por parte del equipo de salud de la estrategia de MSCF en el contexto rural surge por su carácter instrumental en compensar este fenómeno. Pero no sucede lo mismo desde la perspectiva de las usuarias; las distancias (en ocasiones más de 300 km) y las condiciones climáticas recurrentemente son mencionadas como un determinante en la conducta de rechazo a su traslado.

*El último parto lo atendí ahí, de Buen Pasto camino a Sarmiento, estaba feísimo. Yo llegué y lo primero que vi una paciente que estaba parada*

*afuera del puesto sanitario. Y me dice: estoy con contracciones, y no era en fecha. Entonces yo agarré, le hice pasar, la controlé y si... ya estaba con dilatación. Una helada de aquella y no teníamos calefacción en la ambulancia. fue en pleno invierno, con el barro, teníamos miedo de quedarnos (M., Enfermera, Puesto Sanitario)*

Las distancias configuran a “*el traslado*” como un dispositivo central en el proceso asistencial: ser chofer se transforma en una función principal en hospitales rurales en zonas remotamente situadas; el vehículo (la ambulancia) un espacio trascendente y proyección móvil de la institución hospitalaria. No es de extrañar que en los “partos no programados” y que son derivados de urgencia o ante la inminencia del parto, la asistencia en la ambulancia (y la actuación del personal que concurrió en la ambulancia) se transforme en una situación donde se está habilitado a tomar decisiones dramáticas si la situación lo amerita. Las condiciones climáticas extremas le dan un carácter épico a la asistencia de las gestantes en trabajo de parto (su búsqueda en zonas remotas o traslado a hospital de referencia) y condicionó históricamente a los hospitales rurales a ser el lugar de cobijo de mujeres provenientes de zonas poco accesibles cuando su gestación estaba avanzada; en ocasiones, a pesar de ser un parto de riesgo, el personal de los hospitales rurales se veía obligado a la realización del mismo ante la imposibilidad de un traslado.

La política de MSCF, así como cambios demográficos (disminución de la población rural, fundamentalmente en edad fértil) hicieron que estos eventos fueran cada vez menos frecuentes y se constituyera un imaginario compartido de que los partos en hospitales rurales son un fenómeno esporádico, poco común y de resolución natural en un espacio de mayor complejidad.

### ***Sujetos, lazos sociales y disonancias del equipo de salud***

La interpretación subjetiva que se hace de las mujeres gestantes como sujetos, y la auto percepción como sujetos (sociales o institucionales) de los mismos trabajadores de la salud determinan muchos de los comportamientos y conductas que surgen en la puesta en práctica de esta estrategia. En términos generales, la mujer gestante con una opinión o actitud de rechazo a seguir las pautas impuestas por la política de MSCF genera tensiones dentro del equipo de salud más allá de la solidez del argumento (mujer sin apoyo social para trasladarse, rechazo a la institución de referencia, una carga económica excesiva durante el tiempo de permanencia, preferencias por otras modalidades de parto). La respuesta del equipo de salud es variada ante estas inquietudes: una segmentación inconsciente donde a aquellas mujeres con recursos o seguro de salud se “les deja” que se trasladen por sus propios medios y hagan efectiva sus preferencias, una charla al inicio para “dejar en claro” como es el sistema o un seguimiento muy estricto de la paciente en cuestión.

*Se habla desde temprano del parto porque de ahí “por ley” se deben trasladar a la ciudad por lo de maternidades seguras (C., Medica, Hospital Rural)*

Diferentes relatos dan cuenta de una tendencia a caracterizar por parte del equipo de salud a las mujeres con rechazo franco o una actitud negativa al control periódico y parto programado bajo la estrategia de MSCF; “la chica que no colaboraba”, “adolescentes embarazadas”, “las embarazadas del campo”, “mujeres que han ocultado su embarazo”, “mama con otros hijos chiquitos” son algunas de las caracterizaciones que construyen el imaginario de aquellas gestantes que “no co-

laboran o se resisten” a esta estrategia. Este semántica propia se encuadra bajo categorías más amplias como las de “embarazo no controlado”, “partos no programados” o “partos de urgencia”; en términos amplios estas categorías describen a gestantes que por alguna razón no estuvieron incluidas dentro de lo propuesto por la normativa de MSCF y no necesariamente por un embarazo sin asistencia profesional, sino en ocasiones decisiones alternativas por parte de las gestantes (partos domiciliarios o realizar el parto en una localidad y maternidad diferente a las asignada por la autoridad competente). Otro concepto, “desarraigo”, se expresa como un problema central de la estrategia de MSCF, llama la atención que su connotación es de carácter polisémico e implica algo más que el sufrimiento de un sujeto por estar alejado de su terruño; la disminución y envejecimiento de algunas aldeas dispersas, los problemas percibidos alrededor del centro de referencia (que incluyen falta de instalaciones adecuadas en ocasiones) y una rutina urbana que les es ajena e incómoda son algunos de los aspectos que se traslucen cuando se menciona esta palabra.

La dimensión operativa de la estrategia de MSCF coloca al agente de salud en un espacio ambiguo: debe cumplir por un lado su rol de operador último de una estrategia definida por autoridades de un sistema de salud del cual se siente parte; y además convive y es miembro de la comunidad donde debe operar esta estrategia. En su primera faceta, se orienta claramente a posicionarse y a operar a favor de esta estrategia que le permite ajustarse mejor a los avances tecnológicos y de conocimiento vigentes, compensar las dificultades de acceso a una atención más compleja y disminuir la delegación de responsabilidades asistenciales en un contexto de precariedad (algunos relatos expresan sin eufemismos que la dimensión “Seguridad” es más un concepto que hace

referencia a los miembros del equipo de salud más que a las gestantes). En su otra faceta (la de miembros de una comunidad en un determinado territorio) muchas veces actúan de manera similar a los miembros de su comunidad con seguro de salud (es decir, eligen el momento y lugar de su parto) o algunos, con una expresión más crítica del proceso, expresan que la estrategia debería adaptarse a las preferencias locales o corregir algunas fallas del proceso (como, por ejemplo, las condiciones de las maternidades y sus albergues; o la contención a mujeres que requieren una gran red de apoyo).

En el caso de las mujeres gestantes, la pertenencia a comunidades con grados mayores de cohesión social impresiona que determina una mayor autonomía en cuanto a la elección de un lugar de parto adaptado a las expectativas de las gestantes de un determinado colectivo y por el contrario, comunidades con niveles altos de fragmentación y dispersión social (como algunas pequeñas aldeas de la meseta chubutense) o comunidades rurales dispersas expresan una actitud más pasiva en la búsqueda o reclamo de una atención adaptada a sus preferencias personales.

### ***Consideraciones finales***

La implementación de los procesos de esta reforma asistencial asumió al equipo de salud rural con un carácter instrumental, operadores últimos de una norma diseñada bajo los términos de una realidad diferente. Dos fenómenos se evidenciaron en este trabajo como consecuencia de esa situación: tensión en el doble rol de trabajadores de salud y miembros de una comunidad, y retroceso en la capacidad de respuesta al proceso de atención del EPP. El doble rol genera cierta disonancia cognitiva en el equipo de salud que en ocasiones lucha entre su papel de hacer más efectiva esta norma

y las tensiones de la comunidad cuando sus preferencias o necesidades no son plenamente contempladas; probablemente algunos fenómenos que se evidencian en este trabajo (caracterización negativa de quienes se “resisten” a esta norma, minimización de los problemas que expresan las gestantes, ponderación excesiva de los beneficios, la naturalización de la segmentación de usuarios con o sin seguro de salud, etc.) sean fruto de esta situación. Por otro lado, un deterioro de aquellas capacidades que si siguen o pueden seguir siendo del ámbito de los hospitales rurales (como la atención de situaciones obstétricas de urgencia o la realización de estudios complementarios) está reorientando el perfil de tareas de los hospitales rurales y áreas de referencia a dirigir los aspectos administrativos-burocráticos del proceso actual.

No se hizo evidente en el trascurso de las entrevistas, que exista o haya existido un espacio de adaptación a las necesidades y preferencias singulares de cada comunidad. El desarraigo de las usuarias que deben trasladarse desde sus comunidades de origen es un proceso que se agudiza ante situaciones personales o de deficiencias del lugar de referencia. El coste económico, el agobio por los problemas que surgen por el traslado de grandes distancias, el impacto en la dinámica familiar, las preferencias personales de parto (especialmente en grandes multíparas) son solo algunos de los factores que generan una actitud de rechazo a aceptar las normas actuales y que dada la segmentación de oportunidades en relación a quienes cuentan con recursos o seguro de salud (con mayores oportunidades de decidir en base a estos factores) genera una situación de inequidad cuyo impacto en comunidades pequeñas debería ser de interés en el diseño de políticas públicas. Por otro lado, las instituciones de referencia evidencian problemas que afectan notablemente su aceptación por parte de las gestantes que son

trasladadas desde un entorno rural: la precariedad y falta de confort de las instalaciones, el trato despersonalizado y en ocasiones inapropiado, la asignación de la institución de referencia en un entorno muy diferente al lugar de origen, aspectos que deberían ser considerados a la hora de diseñar estrategias que brinden una mayor adhesión a esta política.

## Discusión

La regionalización de la atención perinatal es la estrategia hegemónica en la gestión del proceso de atención del EPP de mujeres que viven en localidades rurales y remotamente situadas; su objetivo fundamental es disminuir los problemas de accesibilidad geográfica a servicios de complejidad creciente (Kozhimannil et al., 2016). Debido a la información y visiones contradictorias en cuanto a los resultados finales de diferentes estrategias existe una controversia en cuanto a cuál debe ser el nivel de referencia para los partos de baja complejidad y qué tan estricto debe ser este proceso de regionalización para lograr un desempeño adecuado (de Masi et al., 2017; Every Woman Every Child, 2015; García Prado, 2016; Kroelinger et al., 2020; Mcglade et al., 2004; Paul & Singh, 2004; Rashidian et al., 2014; Roder-DeWan et al., 2020; Scarf et al., 2018; Walther et al., 2021).

El proceso de regionalización implica, en los términos planteados por la estrategia de MCSF, el traslado del lugar de parto de áreas rurales a maternidades que cumplan con las CONE, las cuales, por una lógica de escala, se sitúan en un territorio urbano e instituciones de alta complejidad (Speranza et al., 2011; Tomás Simioni et al., 2017). Visto desde un enfoque más amplio, este modelo de organización de servicios confronta con otras estrategias que definen al hospitalocentrismo en sí mismo como un factor que afecta el

desempeño de un sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2010). Por otro lado, por su propia naturaleza, las instituciones sanitarias de gran porte tienden a ser poco sensibles a procesos de reforma; dado que las preferencias personales de las mujeres gestantes sobre el lugar y la modalidad del parto ocupa un lugar relevante en el desempeño de una estrategia de este tipo, las características objetivas y subjetivas del lugar de referencia deberían ser un tema de interés de los decisores políticos (Dodzo & Mhloyi, 2017; Downe et al., 2019; Kelly et al., 2011; Ndirima et al., 2018; Pilkington et al., 2012; van Teijlingen & Pitchforth, 2010).

Pero las bases conceptuales sobre las cuales se asienta el enfoque de regionalización (enfoque de riesgo y equilibrio costo-beneficio) determinan una discusión demasiado estrecha, donde el enfoque técnico-burocrático no es suficiente para abarcar las diferentes dimensiones que implican el proceso de EPP en zonas rurales y remotamente situadas (Boah et al., 2020; Dureau. Christine, 1993; Grzybowski et al., 2011; Klein et al., 2002; Kornelsen et al., 2011; Kornelsen & Mackie, n.d.; Okonofua et al., 2018; Rolfe et al., 2017). Si bien existen diversas modalidades para la implementación de un modelo de regionalización, no existen demasiados ejemplos fuera de Argentina que inhiban de manera tan taxativa la realización de partos en hospitales rurales independientemente del riesgo de la paciente, como el caso de la política de MSCF. La propuesta de MCSF en el territorio rural del Chubut se asienta sobre una premisa de pseudo-institucionalización (cuerpo normativo con vocación social pero instituido sectorialmente) y esto explicaría, en cierta forma, por qué se destaca el concepto de seguridad por sobre las otras dimensiones de la propuesta inicial (atención centrada en el paciente y competencia



cultural) y el estrecho margen establecido para un proceso de adaptación local.

Si bien excede al objetivo de este trabajo, es ineludible abordar cómo impacta una estrategia de este tipo en la trama social de las comunidades rurales. Parece poco probable que el cambio en una política pública que modifica la modalidad de atención de una institución central en una comunidad (como lo es el hospital del pueblo), en un evento tan relevante en el ciclo vital de los individuos y las familias (como lo es el proceso de embarazo, parto y puerperio) no afecte de una manera sustancial la trama social de comunidades ya de por sí vulnerables (Birkmann et al., 2013; Bondel et al., 2018; Cardona, 2003; Escudero & Vázquez, 2014; Pamungkas et al., 2014; Vázquez, 2017; Vázquez et al., 2020; Zarowsky et al., 2013). El alcance y la magnitud de este impacto es objeto de estudios dentro del proyecto marco que cobija este trabajo.

Como limitaciones, este trabajo aborda el proceso de EPP solamente desde la perspectiva de los trabajadores de la salud locales y no de otros actores (como autoridades gubernamentales, usuarios y otros actores sociales relevantes). Asimismo, no incorpora otras categorías más allá de la atención del EPP (como lo serían el aborto o la atención del neonato). Además, la metodología utilizada (entrevistas en profundidad en base a una consigna abierta mediante escucha activa) limita indagar sobre aspectos específicos que pudiesen ser de interés. Nuevas líneas de investigación orientadas en este sentido serán de utilidad a los fines de brindar un mayor entendimiento del proceso de maternar en zonas rurales.

Se resalta una supuesta contradicción entre una política pública diseñada con un enfoque de riesgo y gran alcance territorial, con estrategias orien-

tadas a acciones que brinden mayor autonomía a las comunidades en la constitución de acciones que tengan como objetivo dar valor a sus preferencias y necesidades locales (Labonte, 2002). Pero existe una creciente corriente de iniciativas que tiene como objetivo armonizar políticas públicas con enfoque de riesgo (acciones *top-down*) con intervenciones diseñadas con enfoque comunitario (*bottom-up*); este enfoque paralelo, además de disminuir las tensiones entre ambas líneas, no solamente promete una mayor eficacia en las acciones orientadas a mejorar una situación de salud, sino también en disminuir el grado de vulnerabilidad de comunidades en situación de inequidad (Couchie & Sanderson, 2007; Erickson & Andrews, 2011; Laverack & Labonte, 2000; Mehrolhasani et al., 2021; Vatcharavongvan et al., 2013). En este sentido, el enfoque de pesquisa cartográfica, aplicado en esta investigación en marcha, ha facilitado la incorporación del equipo a las primeras conversaciones para abordar un programa de acompañamiento que involucre a la universidad, organismos de ciencia y tecnología y el Ministerio de Salud de Chubut, con el propósito de diagnosticar el impacto de las estrategias de regionalización en los últimos años y formular propuestas de acción atendiendo las singularidades rurales locales. Probablemente reformular las estrategias sobre la base de nuevos acuerdos pueda aumentar la eficacia de las acciones y además promover el desarrollo de las comunidades rurales del territorio estudiado.

### Conflicto de Intereses

Este trabajo, se enmarca en los proyectos:

PICT-2019-2019-00450 - Experiencias y trayectorias de mujeres y familias de áreas rurales de Chubut, en el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Financiado por la Agen-

cia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCYT) Convocatoria Argentina Innovadora – 2019. Grupo Responsable: Dr. Juan Manuel Diez Tetamanti – Dr. Alberto Daniel Vázquez - Dr. Sergio Jaime.

PDTS – UNPSJB Experiencias y trayectorias de mujeres y familias de áreas rurales de Chubut, en

el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. IGEPAT – GIGAT.

### Agradecimientos

Al Sr José Julio Villalba (Mg. Salud Pública, licenciado en nutrición, coordinador de proyectos Instituto Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Ecuador) por la revisión de este texto.

### Referencias bibliográficas

- AL-GAILANI, S., & DAVIS, A. (2014). Introduction to “Transforming pregnancy since 1900.” In *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* (Vol. 47, Issue PB, pp. 229–232).
- ARGÚELLO-AVENDAÑO, H., & MATEO-GONZÁLEZ, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2), 13–29.
- BIRKMANN, J. CARDONA, O., CARREÑO, M.L., BARBAT, A.H., PELLING, M., SCHNEIDERBAUER, S., KIENBERGER, S., KEILER, M., ALEXANDER, D., ZEIL, P., & WELLE, T. (2013). Framing vulnerability, risk and societal responses: the MOVE framework. *Natural Hazards*, 67(2), 193–211.
- BOAH, M., ADAMPAH, T., JIN, B., WAN, S., MAHANA, A.B., HYZAM, D., & AKITI, C. (2020). “I couldn’t buy the items so I didn’t go to deliver at the health facility” Home delivery among rural women in northern Ghana: A mixed-method analysis. *PLOS ONE*, 15(3), e0230341.
- BONDEL, S.C., VÁZQUEZ, A.D., ÑANCUFIL, A., & GONZÁLEZ, M. (2018). *Micropueblos en la Patagonia central y perspectivas territoriales: los casos de Buen Pasto, Aldea Apeleg y Facundo*. Comodoro Rivadavia: Editorial Universitaria de la Patagonia. [www.fhcs.unp.edu.ar/igeopat/images/e-books/InteriorMicropueblos - Dirección IGEPAT.pdf](http://www.fhcs.unp.edu.ar/igeopat/images/e-books/InteriorMicropueblos - Dirección IGEPAT.pdf) (consulta 20 de febrero de 2023).
- CASTRO, R. (2019). La mirada de la fenomenología sociológica en salud. En *Teoría Social y Salud* (pp. 93–108). Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CARDONA, O. (2003). The Need for Rethinking the Concepts of Vulnerability and Risk from a Holistic Perspective: A Necessary Review. In G. Bankoff, G. Frerks, & D. Hilhorst (Eds.), *Mapping Vulnerability: Disasters, Development and People* (pp. 37–52). London: Earthscan Publishers (pp.37-52).
- CHAVES, S., CECATTI, J., CARROLI, G., LUMBIGANON, P., HOGUE, C., MORI, R., ZHANG, J., JAYARATNE, K., TOGOOBAATAR, G., PILEGGI-CASTRO, C., BOHREN, M., VOGEL, J.P., TUNCALP, Ö., OLADOPO, O., GÜLMEZOGHU, A., TEMMERMAN, M., & SOUZA, J. (2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Pan American Journal of Public Health*, 37(4–5), 203–210.
- COUCHIE, C. & SANDERSON, S.; (2007). RETIRED: A Report on Best Practices for Returning

- Birth to Rural and Remote Aboriginal Communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(3), 250–254.
- DE MASI, S., BUCAGU, M., TUNCALP, Ö., PEÑA-ROSAS, J., LAWRIE, T., OLADOPO, O. & GÜLMEZOGHU, M. (2017). Integrated Person-Centered Health Care for All Women During Pregnancy: Implementing World Health Organization Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. *Global Health: Science and Practice*, 5(2), 197–201.
- DODZO, M. & MHLOYI, M. (2017). Home is best: Why women in rural Zimbabwe deliver in the community. *PLOS ONE*, 12(8), e0181771.
- DOWNE, S., FINLAYSON, K., TUNCALP, Ö. & GÜLMEZOGHU, A. (2019). Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- DUREAU, C. (1993). Nobody asked the mother: women and maternity on Simbo, western Solomon Islands. *Oceania Monograph*, 43, 18–35.
- EICKSON, D. & ANDREWS, N. (2011). Partnerships Among Community Development, Public Health, And Health Care Could Improve The Well-Being Of Low-Income People. *Health Affairs*, 30(11), 2056–2063.
- ESCUADERO, H. & VÁZQUEZ, A. (2014). Exploración metodológica: territorialidad y acceso a la atención de la salud en localidades patagónicas. En DIEZ TETATAMANTI, J. *Hacia una cartografía comunitaria: abordajes desde cartografía social y sistemas de información geográfica*. Comodoro Rivadavia: Editorial Universitaria Patagonia (pp. 45–61). <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/187320> (consulta 20 de febrero de 2023).
- EVERY WOMAN EVERY CHILD. (2015). *The global strategy for women's, children and adolescent (2016-2030)*. UN Secretary-General. [https://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC\\_globalstrategyreport\\_200915\\_FINAL\\_WEB.pdf](https://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf) (consulta 20 de febrero de 2023).
- FARIÑA, D., ESCOBAR, D., FASOLA, L., BOLOGNA, E., MENDES PINTOS, G., DUHAU, M. & BALBIANO, S. (2018). *Regionalización de la atención Perinatal: barreras, experiencias y avances en el proceso de regionalización perinatal*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/regionalizacion-de-la-atencion-perinatal-2018> (consulta 19 de febrero de 2023).
- GARCIA PRADO, A. (2016). “Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina”. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17202/como-cambiar-conductas-para-mejorar-la-salud-materna-y-neonatal-en-zonas-rurales> (consulta 2 noviembre de 2022).
- GREENE, M. (2012). “Two Hundred Years of Progress in the Practice of Midwifery”. *New England Journal of Medicine*, 367(18), 1732–1740.
- GRZYBOWSKI, S., STOLL, K., & KORNELSEN, J. (2011). Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Services Research*, 11(1), 147.
- HIPGRAVE, D., NGONGO, N., FONTANA, G., RASANATHAN, K. & CHOPRA, M. (2016). *The UNICEF Health Systems Strengthening Approach*. New York: UNICEF. <https://www.unicef.org/media/119741/file/UNICEF%20Health-Systems-Strengthening-Approach.pdf> (consulta 20 de febrero de 2023).
- HOGUE, C. & VASQUEZ, C. (2002). Toward a Strategic Approach for Reducing Disparities in Infant Mortality. *American Journal of Public Health*, 92(4), 552–556.
- KELLY, L., ST. PIERRE-HANSEN, N., CROMARTY, H., SIOUX LOOKOUT MENO, YA, R.,



- MINTY, B. & LINKEWICH, B. (2011). Delivering away from home: the perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Can J Rural Med*, 16(4), 126–130.
- KLEIN, M., STUART JOHNSTON, F., JAN CHRISTYLAW, M. & CARTY, E. (2002). Mothers, babies, and communities Centralizing maternity care exposes mothers and babies to complications and endangers community sustainability. *Canadian Family Physician*, 48, 1177–1179.
- KOBLINSKY, M., CAMPBELL, O. & HEICHLHEIM, J. (1999). *Organización de la asistencia obstétrica: opciones eficaces para una maternidad sin riesgo*. Bulletin of the World Health Organization, 77(5), 399–406.
- KORNELSEN, J., & MACKIE, C. (2013). The role of risk theory in rural maternity services planning. *Rural and Remote Health*, 13(1), 2206.
- KORNELSEN, J., STOLL, K., GRZYBOWSKI, S. (2011). Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 9–14.
- KOZHIMANNIL, K., CASEY, M., HUNG, P., PRASAD, S., & MOSCOVICE, I. (2016). Location of childbirth for rural women: Implications for maternal levels of care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(5), 661.e1-661.e10.
- KROELINGER, C., OKOROH, E., GOOGDMAN, D., LASSWELL, S., & BARFIELD, W. (2020). Designation of neonatal levels of care: a review of state regulatory and monitoring policies. *Journal of Perinatology*, 40(3), 369–376.
- LABONTE, R. (2002). Community capacity building: a parallel track for health promotion programs. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 181–182.
- LAVERACK, G., & LABONTE, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255–262.
- MCCORMICK, M. (1985). The Regionalization of Perinatal Services. *JAMA*, 253(6), 799.
- MCGLADE, M., SAHA, S., & DAHLSTROM, M. (2004). The Latina Paradox: An Opportunity for Restructuring Prenatal Care Delivery. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2062-2065.
- MEHROLHASANI, M., YAZDI-FEYZABADI, V., & GHASEMI, S. (2021). Community empowerment for health promotion in slums areas: A narrative review with emphasis on challenges and interventions. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1).
- MINISTERIO DE SALUD DEL CHUBUT. (2022). *Anuario Estadístico de Salud, Volumen II: estadísticas de salud y de servicios sanitarios*. Publicación 2022. Gobierno del Chubut. <https://drive.google.com/file/d/1epmVKjzh3tP2OZOdAfQWKs2hN-CAbweEd/view?usp=sharing> (consulta 14 de febrero de 2023).
- MOSLEY, H. (1987). El impacto demográfico de los programas de sobrevivencia infantil. Propuestas para la política y estrategia de los programas. *Salud Pública de México*, 29, 84–92.
- NDIRIMA, Z., NEUHANN, F., & BEJERSMANN, C. (2018). Listening to their voices: understanding rural women’s perceptions of good delivery care at the Mibilizi District Hospital in Rwanda. *BMC Women’s Health*, 18(1), 38.
- OKONOFUA, F., NTOIMO, L., OGUNGBANBE, J., ANJORIN, S., IMONGAN, W., & YAYA, S. (2018). Predictors of women’s utilization of primary health care for skilled pregnancy care in rural Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 106.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud: más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1)

- ce=1&isAllowed=y (consulta 20 de febrero de 2023)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323> (Consulta 20 de febrero de 2023).
- PALLONI, A. (2001). Análisis demográfico: nuevas teorías, nuevos modelos y nuevos datos. *Notas de Población*, 28(72), 7–39.
- PAMUNGKAS, A., BEKESSY, S., & LANE, R. (2014). Vulnerability Modelling to Improve Assessment Process on Community Vulnerability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 135, 159–166.
- PASSOS, E., da ESCÓSSIA, L., & KASTRUP, V. (2009). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina.
- PAUL, V., & SINGH, M. (2004). Regionalized perinatal care in developing countries. *Seminars in Neonatology*, 9(2), 117–124.
- PILKINGTON, H., BLONDEL, B., DREWNIAK, N., & ZEITLIN, J. (2012). Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. *International Journal of Health Geographics*, 11(1), 35.
- RAMOS, S., ROMERO, M., KAROLINSKY, A., MERCER, R., INSUA, I., & DEL RIO FORTUNA, C. (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4383/1/4251.pdf> (Consulta 19 de febrero de 2023).
- RASHIDIAN, A., OMIDVARI, A., VALI, Y., MORTAZ, S., YOUSEFI-NOORAIE, R., JAFARI, M., & BHUTTA, Z. (2014). The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review. *Public Health*, 128(10), 872–885.
- REIG MARTINEZ, E., GOERLICH, F., & MARTI, I. (2016). *Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local Demografía, coberturas del suelo y accesibilidad*. Bilbao: Fundación BBVA. [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2016\\_IVIE\\_delimitacion\\_areas\\_rurales.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2016_IVIE_delimitacion_areas_rurales.pdf) (Consulta 15 de febrero de 2023).
- RODER-DEWANS, S., NIMAKO, K., TWUM-DANSO, N., AMATYA, A., LANGER A., & KRUK, M. (2020). Health system redesign for maternal and newborn survival: rethinking care models to close the global equity gap. *BMJ Global Health*, 5(10), e002539.
- ROLFE, M., DONOGHUE, D., LONGMAN, J., PILCHER, J., KILDEA, S., KRUSKE, S., KORNELSEN, J., GRZYBOWSKY, S., BARCLAY, L., & MORGAN, G. (2017). The distribution of maternity services across rural and remote Australia: ¿Does it reflect population need? *BMC Health Services Research*, 17(1).
- ROMERO, M., CHAPMAN, E., RAMOS, S., & ÁBALOS, E. (2010). La situación de la mortalidad materna en la Argentina. In *Hoja Informativa OSSyR* (Vol. 1, pp. 0–8). [https://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas\\_informativas/Hoja\\_Informativa\\_OSSyR\\_01.pdf](https://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_01.pdf) (consulta 15 de febrero de 2023).
- SCARF, V., CAITLING, C., VINEY, R., & HOMER, C. (2016). Costing Alternative Birth Settings for Women at Low Risk of Complications: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 11(2), e0149463.
- SCARF, V., ROSSITER, C., VEDAM, S., DAHLEN, H., ELLWOOD, D., FORSTER, D., FOYREUR, M., MCLACHLAN, H., OATS, J., SIBBRITT, D., THORNTON, C., & HOMER, C. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240–255.
- SCWARCZ, A. (2011). Regionalización de la atención perinatal. En De MUZIO, B., FESCINA R., SCHWARCZ, A., GARIBALDI, M., MENDEZ VALDAMARIN, C. *Regionalización de la Atención Perinatal: Documentos* (pp. 20–73). Buenos

- Aires: Ministerio de Salud de la Nación-Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28487> (Consulta 21 de febrero de 2023).
- SPERANZA, A., LOMUTO, C., SANTA MARIA, C., NEGRI, C., & WILLIAMS, G. (2011). Evaluación de maternidades publicas argentinas, 2010-2011. *Revista Argentina Salud Pública*, 2(9), 43–47.
- SPERANZA, A., & KURLAT, I. (2011). Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Revista Argentina Salud Pública*, 2, 40–42.
- SYMON, A., PRINGLE, J., DOWNE, S., HUNDLEY, V., LEE, E., LYNN, F., MCFADDEN, A., MCNEILL, J., RENFREW, M., ROSS-DAVIE, M., VAN TEIJLINGEN, E., WHITFORD, H., & ALDERDICE, F. (2017). Antenatal care trial interventions: a systematic scoping review and taxonomy development of care models. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 8.
- TOMÁS SIMIONI, A. LLANOS, O., ROMERO, M., RAMOS, S., BRIZUELA, V., & ÁBALOS, E. (2017). Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41(e38), 1–7.
- UNICEF, MINISTERIO DE SALUD, MATERNIDAD SARDÁ, & FUNDACIÓN NEONATOLÓGICA. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo (Segunda Edición)*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf> (Consulta 20 de febrero de 2023).
- VAN TEIJLINGEN, E., & PITCHFORD, E. (2010). Rural maternity care: ¿Can we learn from Walmart? *Health & Place*, 16(2), 359–364.
- VATCHARAVONGYAN, P., HEPWORTH, J., & MARLEY, J. (2013). The application of the parallel track model in community health promotion: a literature review. *Health & Social Care in the Community*, 21(4), 352–363.
- VAZQUEZ, A. (2017). Lógicas espaciales campesinas en la estepa patagónica. *Magallania*, 45, 273–297.
- VÁZQUEZ, A., SCHULER, L., DIEZ TETAMANTI, J., & SALAZAR, M. (2020). Vida cotidiana en una pequeña localidad del sudoeste de Chubut. Estrategias de acceso y práctica espaciales en la patagonia central. *Estudios Rurales*, 10(19).
- VINDROLA-PADROS, C., VINDROLA-PADROS, B. (2018). Quick and dirty? A systematic review of the use of rapid ethnographies in healthcare organization and delivery. In *BMJ Quality and Safety* (Vol. 27, Issue 4, pp. 321–330).
- WALTHER, F., KUESTER, D., BIEBER, A., MALZAHN, J., RÜDIGER, M., & SCHMITT, J. (2021). Are birth outcomes in low risk birth cohorts related to hospital birth volumes? A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1).
- ZAROWSKY, C., HADDAD, S., & NGUYEN, V. (2013). Beyond ‘vulnerable groups’: contexts and dynamics of vulnerability. *Global Health Promotion*, 20(1\_suppl), 3–9.

# “En tu pedido va mi vida”. Trabajo, salud y subjetividad de los repartidores de plataformas

---

Eduardo Minero García\*

---

## RESUMEN

Objetivo: conocer el impacto en la salud que tiene la *uberización* de los repartidores que trabajan para las plataformas digitales a partir de explorar su perspectiva y su sentir. Con este propósito se muestran las historias de vida de cuatro repartidores de la Ciudad de México que fueron entrevistados en el año 2020 en la época del surgimiento de la pandemia por COVID-19: Santiago, Gabriel, Juan y Agustín. A través de estas historias, se logra evidenciar un capital que desmantela las anteriores conquistas por obtener derechos laborales y que busca consumir los recursos, la fuerza, el cuerpo, el tiempo y la existencia misma de sus trabajadores de manera cada vez más desmedida. Para la interpretación de los discursos que se presentan en esta investigación se aborda la categoría teórica de versatilidad de la fuerza de trabajo que advierte Marx en su Capítulo VI inédito del Capital, cuya propuesta es que la fuerza de trabajo debe ser móvil y adaptable a los cambios del capitalismo. También se explora el impacto de estos cambios históricos y sociales en las *subjetividades* y la manera en que transforman los modos de actuar, pensar, vivir, enfermar y morir de esta clase trabajadora.

**PALABRAS CLAVE:** hombres; adultez tardía; género; determinantes sociales; salud pública.

## “My life in your delivery”. Work, health and subjectivity of platform delivery drivers

### ABSTRACT

Objective: to determine the impact that *uberization* has on the health of the delivery people who work for digital platforms by exploring their perspective and the way they feel. For this purpose, the life stories of four delivery people from Mexico City who were interviewed in 2020 at the time of the outbreak of the COVID-19 pandemic are shown: Santiago, Gabriel, Juan and Agustín. Through these stories, it is possible to demonstrate a capital that dismantles the previous conquests to obtain labor rights and that seeks to consume the resources, the strength, the body, the time and the very existence of its workers in an increasingly excessive way. For the interpretation of the discourses that are presented in this

\* Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Correo electrónico de contacto: [eduardo89minero@gmail.com](mailto:eduardo89minero@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 01 de julio de 2022.

**Fecha de aceptación:** 13 de febrero de 2023.

investigation, the theoretical category of versatility of the labor force that Marx warns in his unpublished Chapter VI of Capital is addressed, the proposal of which is that the labor force must be mobile and adaptable to the changes of capitalism. The impact of these historical and social changes on subjectivities and the way in which they transform the ways this working class acts, thinks, lives, gets sick and dies is also explored.

**KEYWORDS:** platform deliverers, uberization, job versatility, subjectivity, health.

## Introducción

La hegemonía neoliberal y el proceso de globalización en México han permitido el paso a formas de trabajo sin ningún tipo de regulación y con una flexibilidad<sup>1</sup> laboral extrema. Los repartidores de plataformas digitales no tienen prestaciones sociales, sueldo fijo, ni jornada establecida; reparan a pie, en bicicleta, motocicleta o en automóvil cualquier tipo de mercancías —principalmente alimentos preparados— y se encuentran en distintos puntos de la capital del país.

El trabajo de repartidor de plataformas, al igual que cualquier otro, forma parte de la existencia de las personas que lo llevan a cabo. No es una actividad que se viva en el vacío. A través de él surgen problemas, expectativas, incertidumbre y vínculos; también se crean vivencias y significados. Es por esta razón que resulta de gran relevancia explorar el sentir del que son poseedores pues, son estos los únicos que pueden describir con conocimiento de causa los males que soporitan en su día a día al trabajar como repartidores de plataformas digitales (Marx, 1968).

1 Las transformaciones histórico-sociales que se han dado en el capitalismo han permitido la instalación del modelo de producción flexible, lo que ha modificado las relaciones de producción. Entre algunas de sus características están: el uso de las nuevas tecnologías, la autonomía, la competencia, el corto plazo, el debilitamiento de los vínculos y el continuo desmantelamiento de los derechos laborales (Pereira y Cuéllar, 2019).

Este escrito<sup>2</sup> es un espacio que explora el sentir de los repartidores de plataformas digitales: Santiago, Gabriel, Juan y Agustín, a través de sus historias de vida. Para la interpretación de estas historias, se aborda la categoría teórica de versatilidad de la fuerza de trabajo que advierte Marx en su Capítulo VI inédito del Capital, cuya propuesta es que la fuerza de trabajo debe ser móvil y adaptable a los cambios del capitalismo. También se explora el impacto de estos cambios históricos y sociales en las subjetividades<sup>3</sup> y la manera en que transforman los modos de actuar, pensar, vivir, enfermar y morir de esta clase trabajadora.

## Antecedentes

El consumismo de la posmodernidad ha hecho uso de los avances tecnológicos. Con el internet, las redes sociales y los teléfonos inteligentes se

2 El título de este trabajo fue tomado a partir del eslogan “EN TU PEDIDO VA MI VIDA” que corresponde a la organización no gubernamental #NiUnRepartidorMenos, la cual está formada por repartidores de las diversas plataformas digitales para difundir información acerca de esta forma de trabajo a través de redes sociales.

3 Los modos de pensar, sentir y hacer, los sentimientos, significados, sentidos, conformados socioculturalmente, que el sujeto tiene incorporados constitutivamente; como también lo que cada sujeto hace, siente, encarna y construye a partir de dicha constitución (Equipo de Antropología de la subjetividad, 2017).



han intensificado los hábitos de consumo en la sociedad. Ahora es más fácil adquirir bienes y servicios desde la comodidad del hogar, por lo que surge la demanda de disponibilidad para ser enviados de manera inmediata.

Ante la gran demanda de consumo inmediato a través de los dispositivos electrónicos, la mayoría de las empresas se están adaptando a este tipo de comercio electrónico. Esto ha posibilitado el surgimiento de las empresas de tecnología, cuya característica principal es el uso de plataformas digitales para la dinámica de compra y venta de servicios.

En el año 2016, las empresas *Uber Eats* y *Rappi* abrieron en México y ofrecen el servicio de entrega de bienes a domicilio. Éstas tienen repartidores ubicados alrededor de toda la Ciudad de México y están disponibles permanentemente para recoger y entregar los productos adquiridos por los usuarios de estas plataformas de manera inmediata.

La aparición de estas empresas ha permitido nuevas posibilidades de trabajo. La flexibilidad del esquema de autoempleo que ofrecen da paso a la inserción laboral a conductores y repartidores jóvenes sin experiencia, con un nivel de escolaridad bajo y que buscan un trabajo que permita manejar un horario flexible; a la vez que surge como una alternativa para muchos desempleados en el país.

Este tipo de empleos no cuentan con un contrato, por lo que el trabajador no puede ejercer ningún derecho laboral. Los trabajadores que generan ingresos a través de estas empresas deben negociar sus jornadas laborales con compromiso y disciplina propias, así como hacerse cargo del equipo y los gastos necesarios para esta actividad.

Las empresas de tecnología se limitan a poner a

disposición sus plataformas electrónicas para el uso del consumidor (el usuario) y del comisionista (el trabajador) para intermediar la relación entre ellos. De esta manera, se deslindan de toda responsabilidad laboral por el uso de la fuerza de trabajo del comisionista (Álvarez, 2019).

Hasta el momento, el Estado mexicano no ha puesto en marcha ninguna legislación para este tipo de empresas, ni para las relaciones de producción que generan. Aún falta mucho por aclarar y legislar en materia laboral para poder brindar condiciones para un trabajo decente<sup>4</sup> para los miles de trabajadores que prestan sus servicios a estas empresas.

### Abordaje

Para poder analizar las relaciones existentes entre la producción subjetiva y la producción material de la sociedad, es necesario conocer la forma en la que el capitalismo tardío ha construido una fuerza de trabajo vulnerable con la sujeción y dominio a través de las plataformas digitales. Los repartidores que trabajan para las empresas de tecnología a través de sus plataformas son vulnerables por las condiciones que soportan, por los riesgos y exigencias laborales<sup>5</sup> a los que están expuestos, por la falta de reconocimiento de una relación laboral y por la subjetividad que construyen a partir de esto (Bonantini, 2018).

Para soportar la vulnerabilidad de las condiciones

4 Trabajo decente es un concepto definido por la Organización Internacional del Trabajo y se refiere al trabajo productivo que se realiza en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana por hombres y mujeres (OIT, 2019).

5 Se entiende por riesgos laborales como los elementos potencialmente nocivos en los centros de trabajo derivados de los medios de producción, así como la posibilidad de ser lesionado, afectado o dañado. Se entiende por exigencias laborales como las necesidades específicas que impone el proceso laboral a los trabajadores como consecuencia de las actividades que se desarrollan, de las formas de organización y división técnica del trabajo en un centro laboral (Noriega, 1989).



de trabajo, se necesita de un sometimiento de la subjetividad de los trabajadores que les permita aceptar la explotación cada vez más salvaje para obtener ingresos y poder mediar sus necesidades económicas. Las relaciones de producción flexibles son constructoras de subjetividades e identidades que permiten que el trabajador someta su fuerza de manera voluntaria a su venta de forma cada vez más precaria y temporal (Bonantini, 2018).

En este sentido, se entiende al trabajo como un espacio de producción subjetiva, en donde las nuevas tendencias de flexibilidad impactan directamente en la subjetividad de los trabajadores. También se reconoce su triple función: productiva, simbólica y de domesticación o disciplinaria (Foucault, 1980). Debido a esto es de gran interés explorar la forma en la que la vida contemporánea y los cambios en las relaciones materiales se enlazan con la situación de salud de las nuevas clases trabajadoras, así como la manera en la que son percibidas y significadas.

### **Fuerza de trabajo y su versatilidad**

Este concepto es acuñado en el Capítulo sexto Inédito de la obra el Capital de Marx; con él se enlaza la vida posmoderna y las actuales relaciones de producción con la situación de salud de la clase trabajadora. Éste se refiere a que es la fuerza de trabajo la que se ve obligada constantemente a adaptarse a los cambios que va sufriendo el capital.

La fuerza de trabajo se debe transformar según las necesidades del capital en cada momento histórico. Éste encuentra por sí mismo la forma de lograr la versatilidad de esta fuerza, a pesar de los obstáculos económicos y legales. El trabajador le es indiferente y no tendrá duda en reemplazarlo si este no se transforma con-

forme lo requiere (Pereira y Cuéllar, 2019). En sincronía con el desarrollo de la producción capitalista del momento histórico contemporáneo, crece la demanda de versatilidad en la capacidad laboral de los trabajadores. Con esto, se asume que será la capacidad del trabajador la que deberá adaptarse a los cambios en las relaciones de producción y no éstas a las capacidades de trabajo de cada persona (Marx, 2009).

La *uberización*<sup>6</sup> es un ejemplo de la demanda de fuerza de trabajo móvil. Con ella aparecen clases trabajadoras vulnerables a la movilidad laboral; ésta debe ser adaptable a la itinerancia de estas relaciones de producción que surgen con la flexibilidad. También requiere adecuarse a las exigencias variables del mercado laboral como: duración, intensidad, disponibilidad y productividad, así como ser poseedor de los propios medios de producción (Gaudemar, 1979).

El concepto de versatilidad es fundamental para comprender los cambios que aparecen en las relaciones de producción que van surgiendo con el desarrollo del capitalismo y cómo esto afecta a los trabajadores. Asimismo, permiten tener una mayor comprensión sobre la manera en la que el capital transforma la fuerza de trabajo según sus necesidades en cada momento histórico y los efectos que esto tiene en su salud.

### **Uberización**

Las relaciones de producción desarrolladas por el toyotismo a partir de la década de los ochenta seguían una estrategia distinta a las utilizadas en las formas tayloristas y fordistas sobre el control del trabajador, la reducción de la creatividad y la ini-

<sup>6</sup> La uberización es la forma actual que ha tomado la flexibilidad laboral y la exigencia de movilidad que surge de ella. La empresa transnacional *Uber* es el ejemplo emblemático de este concepto.

ciativa obrera. Estas nuevas estrategias flexibles proponían la autogestión obrera en el proceso de producción (Balboa, 2018).

Los modelos flexibles han sido llevados cada vez más al extremo a través de los años. Las relaciones de producción contemporáneas han sido objeto de importantes transformaciones en la última década como consecuencia de las tendencias económicas neoliberales y los procesos de globalización. Su forma de organización, así como las condiciones de los trabajadores han cambiado. Estos hechos han incidido en distintos aspectos en la forma de vida de la clase trabajadora (Balboa, 2018).

La fuerza de trabajo se ha adaptado a las transformaciones del capital que surgen en cada momento histórico y social, pero siempre subordinada al consumo del cuerpo y la existencia misma del trabajador. En el diseño taylorista-fordista esta adaptación solo era requerida en la fábrica. Actualmente con el diseño capitalista de producción flexible, esta fuerza se ha adaptado a su consumo total dentro y fuera del espacio laboral (Pereira y Cuéllar, 2019).

Los avances tecnológicos han permitido nuevas dinámicas y la fuerza de trabajo busca constantemente adaptarse. Esto es señalado con el concepto de *uberización*. En él se encarnan nuevas formas de explotación de la fuerza de trabajo. La empresa transnacional *Uber* es ejemplo emblemático de este concepto. En este caso, la clase trabajadora se tiene que hacer cargo de sus propias condiciones, poseer sus propios medios de trabajo y manejar su propia jornada. También aparece una ausencia de responsabilidades laborales por parte del patrón, así como del Estado (Pereira y Cuéllar, 2019).

En la *uberización* no existe una contratación por parte de un patrón, es el trabajador quien debe ne-

gociar individualmente con el empleador su remuneración y jornada laboral (Pereira y Cuéllar, 2019). Él es quien vende su fuerza de trabajo, pero es él mismo quien se “autoemplea” a través de las plataformas de las empresas de tecnología.

A través de la *uberización* aparecen nuevas características en las relaciones de producción. Con el uso de las plataformas se ha eliminado la jornada de trabajo. Ahora el trabajador puede estar disponible en todo momento, permitiendo así el consumo total de su existencia, con la pérdida de anteriores conquistas de la clase trabajadora para reducir la jornada laboral. La *uberización* es solo la forma actual que ha tomado la flexibilidad laboral y la exigencia de movilidad que surge de ella. Este concepto es indispensable para el entendimiento de las nuevas formas de explotación y consumo de la fuerza de trabajo. A través de él se tiene una mayor comprensión del proceso salud-enfermedad de la clase trabajadora que surge con las relaciones de producción *uberizadas*.

### **Vida, subjetividad e historia oral**

Para poder explorar el sentir de los trabajadores, es necesario el uso de una herramienta metodológica que beneficie la profundidad y que permita un acercamiento a sus historias, así como reconocer los aspectos subjetivos. La historia oral logra este objetivo al privilegiar cada una de las voces en sus relatos y al posicionar a los trabajadores como los únicos que pueden describir lo que viven y soportan.

La historia oral permite recopilar e indagar evidencias orales. Para lograrlo es necesario involucrar todos los sentidos del investigador para extraer la oralidad que se encuentra en cada palabra del narrador o informante, las cuales son la materia pri-

ma con la que se trabaja y solo por medio de ella se obtiene la información valiosa (Aceves, 1994).

A través del uso de la historia oral es posible adentrarse al mundo de significaciones de los sujetos trabajadores y descifrar a partir de sus historias individuales los cambios que se han dado en la estructura de la sociedad en el momento histórico en el que se encuentran (Collado, 1994). En ellas aparece el reflejo de las situaciones que van transformando lo social y la manera en las que se viven estos cambios.

El uso de una herramienta metodológica que permita acceder a la historia de los individuos es esencial para el propósito de construir una historia de la sociedad. No hay fuente más profunda y sustanciosa para construir un cuadro del momento histórico y social que la voz de los individuos que lo viven.

Para trabajar con los repartidores de plataformas fue necesario en todo momento evitar caer en el peligro de atender un relato único<sup>7</sup> sobre ellos (Ngozi, 2019). El privilegiar la historia oral fue una forma de evitar simplificar su sentir y pasar por alto las otras historias que los convierten en quienes son.

### **El sentir de los repartidores de plataformas**

Actualmente en las calles de la Ciudad de México hay un gran número de trabajadores de diversas plataformas para la repartición de productos y comida. Se ha observado que los más presentes son aquellos que trabajan para *Uber Eats*, *Rappi*

y *DidiFood*. Se conversó con trabajadores de estas plataformas haciendo uso de la historia oral para poder explorar las particularidades de la vida como repartidor en cada una de ellas.

Se realizaron cuatro entrevistas con propósito de investigación y se analizaron cada una de las narrativas obtenidas. Los primeros repartidores con los que se conversó fueron Santiago y Gabriel de la plataforma *Uber Eats*, continuando con Juan de *Rappi* y finalmente con Agustín de *Didi Food*.

El obtener más de un relato brindó heterogeneidad a la investigación y permitió un acercamiento a las vidas de los repartidores que trabajan para diferentes plataformas. Asimismo, se pudieron conocer las diversas realidades que viven; éstas están conformadas por situaciones particulares, así como de formas propias de pensar y de percibir su trabajo.

La manera en la que se manejó cada diálogo fue muy cuidadosa para privilegiar la voz de Santiago, Gabriel, Juan y Agustín, resaltando la experiencia de vida que han tenido en el trabajo de repartidores de plataformas y que nos relatan con sus palabras. Para esto se mantuvo presente la reflexión de Gramsci (1971), procurando que el saber que se tiene como investigador no se interponga en la manera de comprender y de sentir las historias de vida que nos comparten.

Como consideraciones éticas para los propósitos de esta investigación, se pidió el consentimiento de los cuatro repartidores para poder grabar las entrevistas realizadas y realizar su transcripción. Asimismo, se obtuvo el consentimiento con cada uno de ellos para hacer uso de su nombre real.

<sup>7</sup> De acuerdo con Ngozi (2019), un relato único se crea al mostrar a una población o una persona solo como una única cosa -comúnmente se trata de una característica negativa- para al final convertirla en eso, despojándola de sus demás historias que los convierten en quienes son. Atender solo los relatos negativos de una población supone simplificar sus vivencias y pasar por alto las otras muchas historias que también la han formado.

**“Tuve que recurrir a esto de las plataformas...”**

Santiago es un hombre de 38 años, tiene baja estatura, cabello oscuro y tez morena; es padre de familia y tiene escolaridad secundaria. Trabaja como repartidor de *Uber Eats* desde hace 2 años y usa como medio para repartir una motocicleta pequeña marca *Italika*. Está calificado en la plataforma con un 96% de aceptación.

Pues es un trabajo muy arriesgado. Es muy demandante porque estas todo el día en la calle. Es pasar frío, es pasar calor, es pasar a veces hambre, es pasar malos tratos, es pasar que te traten mal, que te hablen feo, que te miren feo, que te juzguen sin haberte dirigido la palabra y sin conocerte (Santiago, repartidor Uber Eats, 2021).

También es difícil porque debemos ya más o menos saber en dónde son los lugares en donde si te permiten pasar al baño. A mí la verdad una vez si me ganó del baño. No tuve donde hacer y pues ni modo, me ganó del baño y me tuve que regresar a mi casa a bañar y a cambiarme, y otra vez volver a salir. Pero, si es difícil a veces encontrar lugar para entrar al baño (Santiago, repartidor Uber Eats, 2021).

Con los restaurantes es un poco más difícil, porque ellos me dejan hasta el último. Para ellos eres como un arrimado. No te toman en cuenta, no hay un respeto. No todos, porque hay unos que sí, pero no hay un respeto que tú digas bueno. Si me dan el respeto, pues yo los respeto (Santiago, repartidor UberEats, 2021).

Santiago ha tenido que subordinar su cuerpo biológico solo como un cuerpo productivo y no atiende necesidades básicas para generar una mayor can-

tidad de pedidos, además de no tener la facilidad de acceder a algún sanitario o sitio para ingerir sus alimentos. Su trabajo en la plataforma *Uber Eats* le demanda una constante versatilidad en su fuerza que requiere de una corporeidad resistente y productiva. Él da prioridad a su trabajo, tiene un cuerpo resistente que le permite mantenerse en las calles por periodos prolongados soportando hambre, frío, calor y malos tratos. Para él su trabajo es “pasar” por todas estas situaciones.

**“Nosotros de una cierta manera tenemos esclavitud...”**

Gabriel es un hombre de 45 años, de estatura media, complexión delgada, tez morena y cabello oscuro y corto; su manera de hablar es amable y tranquila. Él tiene escolaridad preparatoria. Trabaja como repartidor de la plataforma *Uber Eats* desde hace 2 años. Anteriormente había trabajado como chofer de *Uber* durante 8 años. Usa como medio para repartir una motocicleta pequeña marca *Italika*. Él está calificado por la plataforma con un 98% de aceptación por parte de los usuarios.

(...) yo por ejemplo, puedo venir solo por uno o dos viajes, si quiero me desconecto y me regreso a mi casa, pero en mi caso tengo que solventar los gastos de mi familia y mi horario de trabajo es más amplio. Esta es mi única fuente de ingresos (Gabriel, repartidor Uber Eats, 2021).

Mira, siento que la vida es un poquito pesada en cuestión de repartición, porque nosotros de una cierta manera tenemos esclavitud, bueno, para la gente que trabaja en plataformas estamos esclavizados a esto para generar un salario para poder solventar gastos en el hogar (Gabriel, repartidor Uber Eats, 2021).

Gabriel se muestra como una persona positiva<sup>8</sup> y productiva; tiene sus propios medios de trabajo y un cuerpo resistente que es capaz de soportar largas jornadas de trabajo. Él se ha gestionado una jornada mayor a 12 horas con un día de descanso a la semana. Sus únicos tiempos de descanso durante su jornada son los tiempos muertos mientras espera los pedidos.

Él ve ventajoso trabajar para la plataforma *Uber Eats* al ser capaz de intervenir y autogestionarse en el proceso productivo. Sin embargo, la percepción que tiene sobre la manera en la que negocia su jornada laboral es distinta, ya que la percibe como “esclavitud” para generar un salario.

En su relato señala vivir la contradicción por tener la libertad de trabajar cuando quiere y a la vez no poder parar de trabajar para generar un salario y solventar los gastos del hogar. Asimismo, Gabriel menciona ser dueño de sí mismo en su trabajo, no obedece las órdenes de un patrón, pero es más productivo por trabajar de acuerdo con sus propios intereses.

Gabriel se ha visto en la necesidad de maximizar constantemente su rendimiento con el exceso de su trabajo. La exigencia de versatilidad en su

8 Esto hace referencia al paradigma del pensamiento positivo promovido por Los autores Martin Seligman y Mihail Czikszentmihalyi en la revista *American Psychologist* en el año dos mil a partir de la llamada Psicología Positiva, con sus bases en la satisfacción, la motivación, la calidad de vida y el estudio objetivo de la felicidad (Salanova, Martínez & Llorens, 2010).

El “ser positivo” no es un estado anímico o mental: es una forma de interpretar el mundo a la cual se le llama “pensamiento positivo”. Éste se refiere a la práctica y disciplina de pensar positivamente, y consiste en que siempre nuestro esfuerzo será recompensado, lo que convoca a ser siempre optimistas para que las cosas salgan bien (Ehrenreich, 2011).

El pensamiento positivo ha iniciado una especie de simbiosis con el capitalismo de la época posmoderna; este pensamiento es la manera en la que se legitima. A través de esto se convoca a ser más ambicioso, competitivo y al imperativo del crecimiento constante a partir del consumismo. El pensamiento positivo está ahí para decir a cada uno que se merece más y que es posible alcanzarlo solo con desearlo, y estar dispuesto con esfuerzo y la responsabilidad individual. Cuando uno practica el pensamiento positivo, no hay excusa para fracasar.

fuerza ha moldeado su subjetividad. Ahora es un sujeto que defiende la forma de empleo que tiene como repartidor en *Uber Eats* y no percibe conveniente trabajar en un régimen en donde no pueda autogestionarse.

Las contradicciones que vive como sujeto de rendimiento lo llevan a percibir su vida laboral como una “vida pesada”. Esto refleja su experiencia dentro de la sociedad de cansancio<sup>9</sup> en donde son sus propias iniciativas y responsabilidades las que lo convocan a exigirse constantemente un mayor tiempo productivo.

**“Aquí uno no trabaja para *Rappi*, sino para sí mismo...”**

Juan es un hombre de 38 años, alto, de compleción robusta, tez morena y cabello oscuro; tiene escolaridad preparatoria, es padre soltero y trabaja como repartidor en *Rappi* desde hace 2 años. Está clasificado en la plataforma como categoría diamante y usa como medio para repartir una motocicleta mediana marca Honda.

En lo familiar al principio me decían que por qué trabajo de eso y por qué no busco un trabajo estable, pero pues en uno estable no voy a ganar lo que gano aquí (...) en donde yo trabajaba antes era el gerente y cuando yo ya empecé a ponerme mi mochilita naranja de *Rappi* como repartidor, pues a mí me daba un poquito de pena mi empleo. Pero, ahorita la verdad con lo que ganas se te quita la pena, porque si ganas bastante bien (Juan, repartidor *Rappi*, 2021).

9 Esto hace referencia a la sociedad de rendimiento y de cansancio expuestas por Han (2012) en donde el imperativo es ser productivo. La sociedad de rendimiento está caracterizada por ser “positiva” y se sostiene por el esquema: “Sí, yo puedo”. En ella las iniciativas, los proyectos y la motivación toman el lugar de la prohibición, las órdenes y la ley. Sus habitantes ahora son sujetos de rendimiento y han dejado de ser solamente sujetos de obediencia.



No contamos con seguridad social, pero yo en mi caso es algo que no pido, porque cuando tú te das de alta en una plataforma, la plataforma te dice sus reglas y una de esas reglas es que tú eres una persona que usa la plataforma, no un socio ni nada de eso (...) entonces tú al momento de usar la plataforma estas aceptando sus términos y condiciones y en este caso te indican que eres un trabajador independiente (...) pero muchos compañeros quieren que te traten como empleado y, pues si quieres que te traten como empleado, pues busca un trabajo estable. Aquí lo que pasa es que los otros repartidores no leen los términos y condiciones, entonces no saben que son trabajadores independientes. Aquí uno no trabaja para Rappi, sino uno trabaja para sí mismo. Si lo que quieres es un patrón, pues búscalo (Juan, repartidor Rappi, 2021).

(...) tres veces he tenido accidentes de tránsito, pero te repito, yo soy consciente de que aquí el responsable de mi trabajo soy yo. Yo soy el responsable de mi tiempo (...) (Juan, repartidor Rappi, 2021).

La forma en la que Juan percibe su trabajo es “positiva”; acepta sin cuestionar su situación laboral, no exige tener derechos laborales y en su discurso se muestra resignado a ser un trabajador expuesto y desprotegido. Asimismo, se relata como un trabajador productivo, satisfecho y ejemplar que paga sus impuestos y cumple con todos los requisitos para trabajar.

Juan acepta la individualización extrema de los problemas y el reduccionismo de las situaciones laborales desfavorables y precarias que vive, a las que percibe como las “reglas” del trabajo en las plataformas. A su vez, él vive la sumisión de ser dueño de sí mismo, lo que lo convoca a explotar

su fuerza de trabajo al más alto nivel. Esto refleja un mecanismo eficaz del capital capaz de someter completamente la fuerza de trabajo que usa, sin ninguna resistencia.

Él defiende la *uberización* y la reproduce con su manera de pensar y sus prácticas. Esto refleja la forma en la que los paradigmas del pensamiento positivo atraviesan subjetividades y las moldean de tal modo que producen sujetos más dóciles, sumisos, conformistas, engañados y que atienden la demanda de versatilidad del capital. En este sentido, el discurso de Juan revela cómo los mecanismos de sumisión del capital han impactado en su subjetividad, lo cual le permite aceptar las condiciones desfavorables como trabajador de la plataforma *Rappi* sin cuestionarlas.

**“No puedes parar para descansar, aunque te canses...”**

Agustín es un hombre de 26 años de estatura media, complexión delgada, tez moreno claro, cabello oscuro y largo; su escolaridad es preparatoria trunca y es padre soltero de 2 hijos. Trabaja como repartidor de la plataforma *Didi Food* desde hace 3 meses. Usa como medio para repartir una bicicleta pequeña, el modelo aparenta ser sencillo y viejo, y tiene añadida una canasta de plástico en la parte trasera.

Hay momentos en los que sí me tomo 20 minutos de descanso porque las distancias en algunos trayectos sí son largas. Cuando las distancias son largas no puedes parar para descansar, aunque te canses, porque la aplicación solo te da cierto tiempo de entrega y te tienes que seguir, porque si no llegas en ese tiempo de entrega son puntos malos para tu perfil y eso no te beneficia. Cuando la distancia es muy larga,



aunque te canses tienes que seguir y ya terminando la entrega descansas. Pero si tienes que entregar a tiempo porque a veces los productos vienen calientes y si no los entregas calientes los clientes se pueden molestar y te pueden poner puntos menos en tu perfil (Agustín, repartidor Didi Food, 2021).

Y pues el peso de la mochila varía mucho. Hay veces que llevas tres pedidos al mismo tiempo, y pues si son pollos o refrescos si se siente más el peso. Ya después de un buen rato, si estás todo el día haciendo pedidos, si llega un momento, sobre todo en las noches que te llega el dolor de espalda porque ya te enfriaste (Agustín, repartidor Didi Food, 2021).

La exigencia de trabajo que tiene Agustín al momento de repartir es mayor por el esfuerzo físico que realiza con el uso de su bicicleta como medio para trabajar, lo que lo lleva a mantener posiciones cansadas por tiempos prolongados. A esto se suma el peso que cargue en su mochila; éste varía de acuerdo con el tipo y la cantidad de pedidos que esté realizando, por lo que se puede requerir de más esfuerzo y provocar más cansancio.

Otra exigencia a la que está expuesto es el tiempo que debe de cumplir con cada entrega. La plataforma estima el tiempo en el que Agustín realizará la entrega de acuerdo con la distancia entre el establecimiento en donde recoge el pedido y el lugar de entrega. Él se ve forzado a cumplir con estos tiempos, en caso de no hacerlo recibe puntos malos por parte del usuario que consume y de la plataforma, y estos perjudican su trabajo.

Los viajes de entrega que realiza pueden ser continuos, sin la posibilidad de descanso uno tras otro; esto provoca un gran esfuerzo físico por

parte de Agustín al conducir su bicicleta por largas distancias sin la posibilidad de detenerse para descansar, ya que debe cumplir con los tiempos que le requiere la plataforma.

Esta situación refleja los mecanismos de control al aire libre mediante un *collar electrónico* que señala su posición a cada instante y lo modula continuamente. Él sabe que si no cumple con los tiempos que se le exigen será castigado con puntos malos y se afectará su trabajo. Se trata de un mecanismo que exige y castiga a la fuerza de trabajo que consume, y ejerce poder sobre ella a través de la disciplina, lo que deja al descubierto las contradicciones de la *uberización* al no reconocer como empleados a la fuerza de trabajo que consume.

Agustín menciona que el esfuerzo físico que realiza le produce cansancio y dolores de espalda, sintomatología que hace parte de su proceso de enfermar; el sobre esfuerzo físico y las posiciones que mantiene por tiempos prolongados lo pueden exponer a tener agotamiento y a desarrollar trastornos musculoesqueléticos. Él percibe su corporeidad como un cuerpo productivo y ha sublimado su cuerpo biológico, lo que no da paso a escuchar y atender sus malestares, ya que para subsistir no le es posible parar de trabajar.

## Conclusiones

A través de los relatos de Santiago, Gabriel, Juan y Agustín se nos permite ver el trabajo en las distintas plataformas en las que se emplean; éstas no son homogéneas, sino que cada una conserva diferentes características y formas de relacionarse con los repartidores. Sin embargo, a pesar de sus diferentes características, siempre están presentes las relaciones de producción e intercambio entre

trabajo y capital, aunque se muestran en una forma nueva con la *uberización*.

A través de estas historias aparece un capital que desmantela las anteriores conquistas por los derechos de los trabajadores. Éste muestra un apetito insaciable que consume la fuerza de trabajo, cuerpo y tiempo de sus trabajadores de manera desmedida; también sus bienes y el salario que generan, y que ahora son demandados como propios del capital.

Cada uno de los entrevistados se relata como una fuerza de trabajo versátil al estar adaptados a las exigencias de la *uberización*. Esto los expone a un cansancio y agotamiento excesivo, así como a diversas manifestaciones patológicas. Ellos se hacen cargo de su mantenimiento, uso de combustible y cualquier otro gasto que surja para el uso de sus vehículos y sin ningún apoyo por parte de las empresas. Sus mochilas de repartidores tampoco les han sido proporcionadas. Cada uno de ellos se ha hecho de su propia mochila.

Las empresas para las que trabajan no les proporcionan ninguno de sus medios de trabajo, los repartidores son quienes se hacen cargo de tenerlos. Esta es parte de la versatilidad que muestran como trabajadores de la *uberización*. Asimismo, a través de sus discursos se muestra el impacto que esto tiene en su subjetividad, lo cual los muestra como trabajadores sometidos por del capital y que ahora defienden y reproducen estas nuevas formas de trabajo.

En las historias de Santiago, Gabriel, Juan y Agustín aparecen las nuevas formas de control de las que hacen uso las plataformas para disciplinarlos. También se expone un capital que castiga y recompensa la fuerza de trabajo que usa, pero

con la particularidad de que ahora no se ve obligado a hacerse responsable.

Las formas de control reportadas en los relatos de los repartidores son algo novedoso y que vale la pena resaltar. Ellos las perciben en su día a día como trabajadores de plataformas y han sido domesticados por ellas. A pesar de no tener una jornada establecida, saben que deben comenzar a laborar temprano para generar suficientes pedidos en el día, de lo contrario las plataformas no les permitirán trabajar lo suficiente para generar una mayor ganancia.

Las plataformas han encontrado formas de castigar a esta fuerza de trabajo, ya sea por parte de los usuarios, de los establecimientos o de las empresas. Si el repartidor incumple alguna de las exigencias por parte de estos tres -como con los tiempos de entrega- se le disciplinará afectando su calificación o rango; esto a su vez afecta la cantidad de pedidos que puedan realizar y el tipo de atención que reciben por parte de las empresas de tecnología. En algunos casos los repartidores pueden ser inhabilitados en el uso de las plataformas con las que laboran sin que las empresas les den razones.

Las contradicciones de la *uberización* aparecen cuando las plataformas no reconocen como empleados la fuerza de trabajo que usa, pero ejercen medidas disciplinarias y de control con la misma autoridad de un patrón. En este sentido, se muestra a través de estas historias que el trabajo de repartidor también ejerce su función disciplinaria, a pesar de considerar a sus trabajadores libres e independientes.

Estas contradicciones dejan al descubierto las relaciones de producción y de subordinación entre

las plataformas y los repartidores. No se trata solamente de usuarios o socios que hacen uso de ellas para generar ingresos. Las relaciones que mantienen los repartidores con las empresas de tecnología que administran estas plataformas, son de producción. Es el mismo capital que consume, disciplina, castiga, remunera y recompensa la fuerza de trabajo que consume.

Los cuatro coinciden en la percepción que tienen sobre los riesgos y exigencias a los que se enfrentan al trabajar. Los más frecuentes son los accidentes viales. Saben que como repartidores de plataformas están en constante riesgo de perder su salud y su vida, y que no cuentan con derechos laborales que los amparen a ellos ni a sus familias. Coinciden en la idea de que deben ser las empresas las que se encarguen de hacer el trabajo de repartidor una labor más segura al evitar exponerlos a situaciones de riesgo.

Se pudo explorar la manera en la que ellos perciben su trabajo. En algunos casos esta percepción se encontraba más impactada por el pensamiento positivo. Esta forma de pensamiento les permite aceptar las condiciones laborales desfavorables de manera optimista, en un contexto en donde las oportunidades laborales son pocas o nulas, y a la vez les arrebatara sus fuerzas políticas para cuestionarlas y reconocer su necesidad de bienestar y salud.

Ellos se relatan como sujetos de rendimiento que buscan ser más productivos. Esto se refleja en la manera en la que cada uno ha gestionado su jornada de trabajo. Viven la libertad obligada de maximizar su productividad para generar ganancias que les permitan satisfacer sus necesidades básicas personales y familiares. Se mantienen en la contradicción de sentirse libres, pero a la vez

esclavizados. Ellos aceptan y viven su realidad como trabajadores vulnerables y desprotegidos. En sus relatos aparecen discursos resignados sobre sus condiciones de trabajo. Sin embargo, también aparece cierto optimismo. En este trabajo están a cargo de su propia satisfacción laboral haciéndose responsables de sí mismos y aceptando la individualización de los problemas que surgen por las situaciones laborales desfavorables a las que se enfrentan.

Cada uno de ellos vive el trabajo en las plataformas desde las particularidades de su propia situación. Todos son padres de familia y tienen como principal fuente de ingresos el empleo como repartidores. En los casos de Juan y Agustín trabajan en las plataformas debido a su condición como padres solteros; éstas les dan la posibilidad de gestionar sus tiempos de trabajo para poder pasar más tiempo con sus hijos. Gabriel cuenta con el apoyo de su familia para este trabajo, en cambio la familia de Juan lo percibe como un empleo inestable.

### **Comentarios finales**

Es de gran interés registrar los cambios en las estructuras sociales a través de aquellos que los están viviendo. Conocer las historias de Santiago, Gabriel, Juan y Agustín resaltó aspectos de gran importancia y valdría mucho tener el propósito de seguir trabajando en ellos.

Un aspecto fundamental es el papel que juega la subjetividad en relación con el trabajo que realizan como repartidores a través de las plataformas. Estas relaciones de producción que se presentan con la *uberización* no serían posibles sin trabajadores con una subjetividad permeada por las formas de pensamiento que surgen de la

posmodernidad. La filosofía de lo positivo modela sujetos con capacidad para adaptar su fuerza a las exigencias de cambio del capital; a la vez la *uberización* impacta en las subjetividades para obtener trabajadores más móviles y dóciles.

El análisis de las historias de los repartidores resulta de gran interés bajo la mirada de las sociedades disciplinarias y de control expuestas por Foucault y Deleuze. El control que ejercen las plataformas por medio del *collar electrónico* a sus trabajadores deja al descubierto las relaciones de poder que se ejercen y que son productoras de subjetividades. Asimismo, al conjugar estos elementos con las sociedades de rendimiento y cansancio expuestas por Han, es posible dilucidar que es el pensamiento de lo productivo lo que posibilita las relaciones de producción de la *uberización*. Sin éstas no se podrían sostener; es necesaria la disciplina y el compromiso propio del trabajador, así como el “hágalo usted mismo” para que funcionen.

Otro aspecto que se obtuvo a través de los relatos de los entrevistados y que vale la pena resaltar, es el control que ejercen las empresas de tecnología sobre los repartidores por medio de las plataformas. Éste es un control ejercido al aire libre, como lo advierte Deleuze (1991); por medio de él se les disciplina y castiga. Ellos perciben esto, saben que sus horarios de trabajo son monitoreados, al igual que la cantidad de horas y lugares donde trabajan; también comprenden que no es un supervisor o gerente quien los vigila, sino son las plataformas las que registran sus hábitos laborales.

Este control nos remonta a las advertencias que hace Llana (2019) sobre el uso que hacen las empresas con todos los datos personales que les

proporcionamos. En el caso de los repartidores de plataformas, ellos se suscriben a éstas para laborar y crean un registro con sus datos personales; sus prácticas laborales son constantemente monitoreadas, registradas y evaluadas para clasificarlos de acuerdo con los parámetros de productividad de cada empresa y a partir de esto es como se les permite trabajar.

La información siempre ha dado poder, y en el caso de estas empresas de tecnología, los datos que obtienen de los repartidores les han dado la forma de domesticarlos; determinan por medio de éstos a quienes recompensar y a quienes disminuir la cantidad de pedidos para trabajar. Esto lo logran con el análisis de datos por medio de los llamados algoritmos tecnológicos de los que hacen uso las plataformas digitales.

Estos hallazgos obtenidos a través de los cambios sociales registrados en los relatos de Santiago, Gabriel, Juan y Agustín permiten hacer conjeturas sobre qué es lo que está sucediendo en el mundo del trabajo en conjunto con los avances tecnológicos; y sobre cuál es el futuro laboral que se nos viene encima con la economía digital basada en los datos que les entregamos.

Ciertamente, esta economía forma parte del pensamiento posmoderno impulsado por el neoliberalismo. La capacidad de movilidad en la fuerza de trabajo atiende la necesidad de ser móvil en otros aspectos de la vida. La hiperconectividad que ahora tenemos nos permite esto; a través de un dispositivo inteligente podemos estar conectados con el mundo y de esta manera interactuar con él. En el caso de los repartidores de plataformas, ellos forjan todo su vínculo laboral con las empresas únicamente a través de sus dispositivos móviles, sin estos no les sería posible trabajar.

Al interactuar con las plataformas a través de sus dispositivos, los repartidores usuarios les facilitan a las empresas, de alguna forma, parte de su intimidad para ser monitoreados constantemente hasta el punto de identificar cómo interactúan en su labor. Incluso cuando se les considera como empleados aparentemente libres, no les es posible trabajar sin ceder a las empresas este control sobre ellos.

La información obtenida muestra que la realidad actual no se encuentra muy alejada de la ciencia

ficción. Ahora con la movilidad inteligente se ha fortalecido la individualidad y solo se necesita de un dispositivo para interactuar con el mundo y ser identificados por medio de nuestros hábitos, formas de consumo, estados de ánimo, salud, relaciones sociales y trabajos. Permitimos que las empresas manejen nuestros datos para que realicen avanzados análisis conductuales de nosotros y predigan nuestro futuro.

## Referencias bibliográficas

- ACEVES, J. (1994). Sobre los problemas y métodos de la historia oral. En G. d. Garay, *La historia con micrófono* (págs. 33-46). México: Instituto Mora.
- ÁLVAREZ, I. (2019). *La falta de regulación de las sociedades de economía compartida en México*. México: Universidad Iberoamericana Puebla.
- BALBOA, M. (2018). Cooperación consciente en el trabajo: hacia un modelo de cooperación en el trabajo. En A. P. Bartonili, *Trabajo, Actividad y Subjetividad* (págs. 121-130). Córdoba: Cuadernos TAS.
- BONANTINI, C. (2018). Psicología en el trabajo: entre la subjetividad y la materialidad. En A. P. Bartolini, *Trabajo, Actividad y Subjetividad* (págs. 20-26). Córdoba: Cuadernos TAS. 93.
- COLLADO, C. (1994). ¿Qué es la historia oral? En G. d. Garay, *La historia con micrófono* (págs. 13-32). México: Instituto Mora.
- DELEUZE, G. (1991). “Posdata sobre las sociedades de control”. En C. Ferrer, *El lenguaje literario*. Montevideo: Ed. Nordan.
- EHRENREICH, B. (2011). *Sonríe o muere: la trampa del pensamiento positivo*. Madrid: Turner.
- EQUIPO DE ANTROPOLOGÍA DE LA SUBJETIVIDAD. (2017). *Antropología de la subjetividad*. Red de investigación de y desde los cuerpos. <https://red.antropologiadelcuerpo.com/index.php/equipo-de-antropologia-de-la-subjetividad/> (consulta 13 de febrero de 2023)
- FOUCAULT, M. (1980). *El ojo del poder*. Ed. La Piqueta. Barcelona.
- GAUDEMAR, J. P. (1979). *Movilidad del trabajo y acumulación de capital*. México: Era.
- GRAMSCI, A. (1971). Paso del saber al comprender, al sentir y viceversa del sentir al comprender, al saber. En A. Gramsci, *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce* (págs. 123-124). Buenos Aires: Nueva Visión.
- HAN, B.-C. (2012). *La sociedad de cansancio*. Barcelona: Herder.
- LLANEZA, P. (2019). *DATANOMICS: Todos los datos personales que das sin darte cuenta y todo lo que las empresas hacen con ellos*. Barcelona: Deusto.
- MARX, K. (1968). *Sociología y filosofía social*. Península.
- MARX, K. (2009). *El capital Capítulo VI (Inédito)*. México: Siglo XXI Editores.
- MONROY, R. (2004). *El sabor de la imagen: tres reflexiones*. Ciudad de México: UAM Xochimilco.

- NGOZI, C. (2019). *El peligro de la historia única*. Literatura random house.
- NORIEGA, M. (1989). *La defensa de la salud en el trabajo*. Ciudad de México: SITUAM. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2019). Las plataformas digitales y el futuro del trabajo. Cómo fomentar el trabajo decente en el mundo digital. Ed. OIT. Ginebra.
- PEREIRA, C. y CUÉLLAR, R. (2019). Trabajo, fuerza de trabajo y salud en el capitalismo tardío. Una mirada a la crisis en curso. *Estudos do Trabalho*, 109-133.
- SALANOVA, M. Martínez, I. & Llorens, S. (2010). Psicología Organizacional Positiva. En: Palací, F. (coord.) *Psicología de la Organización*. Ed. Person Prentice Hall. Pp: 349-376.



## ¿Qué bien jurídico protege el Derecho a la Salud?: un análisis desde el enfoque de capacidades en salud

Adriana González Delgado\* • Sergio López Moreno\*\*

### RESUMEN

El Derecho a la Salud se analiza clásicamente desde la perspectiva del acceso a los servicios de salud, limitándolo a su protección mediante la atención médica. Este documento tiene como propósito, en primer término, identificar las diferencias entre el Derecho a la Protección de la Salud y el Derecho a la Salud y, en segundo lugar, identificar el bien jurídico que debería ser protegido por el Derecho a la Salud desde el enfoque de capacidades de Amartya Sen. Para desarrollar la primera parte se presenta brevemente la teoría de los derechos fundamentales de Luigi Ferrajoli mientras que para exponer la segunda se contrastan algunos de los autores que, basados en el enfoque de Sen, han realizado aportes en materia de capacidades en salud. Se concluye que el Derecho a la Salud debe entenderse como un derecho al disfrute de aquella serie de condiciones que resultan indispensables para alcanzar el nivel más alto de salud y no sólo como el acceso a servicios de salud adecuados. Como en el caso de todos los derechos fundamentales, el Estado es el principal responsable de garantizar su cumplimiento.

**PALABRAS CLAVE:** Derecho a la Salud, Derecho a la Protección de la Salud, bien jurídico, capacidades en Salud.

### The Right to Health: an analysis from health capabilities as a legal right

#### ABSTRACT:

The Right to Health is classically analyzed from the perspective of access to health services, even limiting it to access at medical care. This document intends, firstly, to identify the differences between the Right to Health Protection (RHP) and the Right to Health (RH) and, secondly, to identify the legal

\* Profesora-investigadora en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en el Plantel Cuauhtepac, Ciudad de México, México. Correo de electrónico de contacto: [adriana.gonzalez@uacm.edu.mx](mailto:adriana.gonzalez@uacm.edu.mx)

\*\* Profesor-investigador en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México. Correo electrónico de contacto: [slopez@correo.xoc.uam.mx](mailto:slopez@correo.xoc.uam.mx)

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2022.

Fecha de aceptación: 17 de febrero de 2023.

right that should be protected by the RH from the Amartya Sen's capabilities approach. To develop the first part, Luigi Ferrajoli's theory of fundamental rights is briefly presented, while for the second part we reviewed some authors who, based on Sen's theory, have made important contributions on health capacities approach. We concluded that the RH must be understood as a right to enjoy a series of essential conditions to achieve the highest level of health and not only as access to adequate health services. Like all fundamental rights, the State is primarily responsible for ensuring compliance.

**KEYWORDS:** Right to health; Right to health protection; Legal asset; Health capabilities.

## Introducción

El Derecho a la Salud (DS) fue reconocido a partir del siglo veinte como un derecho humano en todas las declaraciones universales de Derechos Humanos, y desde los años sesenta del mismo siglo se ha considerado uno de los más importantes Derechos Económicos Sociales y Culturales (López-Arellano et al., 2015). La satisfacción de estos derechos se ha relacionado a su vez con la forma que, en cada región y país, adoptan los llamados Determinantes Sociales de la Salud.

Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) se refieren a las condiciones de las que toda persona debe disponer de manera oportuna e igualitaria para alcanzar un pleno desarrollo humano en condiciones de dignidad, autoestima y respeto. Entre los principales DESC destacan, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el derecho a un nivel de vida adecuado (lo que incluye salud, alimentación, vivienda adecuada, agua y vestido); el derecho a la educación; el derecho a la seguridad y protección social; el derecho a la protección de la familia; el derecho a un trabajo digno y el derecho al pleno disfrute de la cultura (ONU, 2022).

En México, el DS fue incorporado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

(CPEUM) el 3 de febrero de 1983 (López-Arellano et al., 2015), y experimentó su última modificación en el año 2020, plasmándose de la siguiente manera (SEGOB, 2020):

“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (Art. 4to. De la CPEUM).

Del texto anterior se desprende que el artículo cuarto constitucional se refiere explícitamente al acceso a los servicios de salud —al que denomina Derecho a la Protección de la Salud (DPS)— y no propiamente al Derecho a la Salud, como establecen la mayoría de las Declaraciones y Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos.

La forma que adopta el texto constitucional referido al derecho a la salud lleva a cuestionarnos: ¿de qué hablamos cuando hablamos del Derecho a la Salud?, ¿cuáles son las diferencias fundamentales entre el DS y DPS?, ¿qué es lo que debe, en consecuencia, proteger el Derecho a la Salud?

## Desarrollo

De acuerdo con la Observación General 14 (OBG14) publicada el año 2000 por el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la salud:

“(...) es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos... (no obstante) el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano” (ONU, 2000, p. 1) [el agregado entre paréntesis es nuestro].

Desde nuestro punto de vista este documento de la ONU sirve para establecer una adecuada interpretación y aplicación del DS, por lo que aquí se toma como base para el análisis de este derecho.

### *Derecho a la Salud y Derecho a la Protección de la Salud*

Iniciaremos describiendo las diferencias entre el DS y el DPS, de acuerdo con la Observación General 14 (OBG14) del PIDESC.

Cuando se habla de DPS, se busca que los Estados realicen las acciones necesarias para garantizar que los servicios de salud cumplan con las siguientes características:

1. Ser disponibles. Es decir, que cada Estado deberá de contar un número suficiente de establecimientos, centros de atención, programas

de salud, así como de bienes y servicios públicos suficientes para atender a la población bajo la responsabilidad del Estado Parte.

2. Ser accesibles. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
  - c. No discriminación.
  - d. Accesibilidad física.
  - e. Accesibilidad económica (asequibilidad).
  - f. Acceso a la información.
3. Ser aceptables. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, y a la par ser sensibles a los requisitos del género y etapa de la vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que atiendan.
4. Ser de buena calidad. Además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser de buena calidad, es decir, apropiados tanto desde el punto de vista del paciente (oportunos, confortables y satisfactorios), como desde el punto de vista científico (es decir, seguros y efectivos).  
(ONU & Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, p.3).

Kierszenbaum, siguiendo la propuesta de Von Liszt, señala que el bien jurídico protegido por un derecho es siempre un “(...) interés vital para el desarrollo de los individuos de una sociedad

determinada, que adquiere reconocimiento jurídico” (Kierszenbaum, 2009, p. 188). Esta postura es aún objeto de intenso debate entre iusnaturalistas e iuspositivistas (López-Moreno & López-Arellano, 2015) pero en este trabajo se usa como herramienta conceptual fundamental para definir el contenido de los dos derechos que se analizan (DS y DPS).

### ***Bien jurídico del Derecho a la Protección de la Salud***

En México, el bien jurídico del DPS está establecido en el artículo 4to Constitucional. Como en el caso de todas las leyes, la forma de su redacción determina los límites dentro de los cuales se mueven los actores sociales involucrados en su respeto, protección y satisfacción. En otras palabras, de la forma del artículo se desprenden las consecuencias, obligaciones y facultades del Estado —que es el sujeto obligado por el derecho— en materia de salud. En México estas obligaciones y facultades se encuentran enmarcadas en la Ley General de Salud, por lo que cuando en nuestro país se habla de Derecho a la Salud en realidad se hace referencia al derecho a recibir servicios de salud, y especialmente atención médica. Por este motivo se señala con insistencia que el derecho a la salud podrá cumplirse cuando los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad.

### ***Derechos humanos y derechos fundamentales, según Luigi Ferrajoli***

En el contexto descrito líneas arriba, relativo a la naturaleza del Derecho a la Protección de la Salud y la necesidad de identificar el bien jurídico adecuado para el Derecho a la Salud, resulta útil considerar la propuesta del jurista italiano Luigi

Ferrajoli, que afirma que los derechos humanos son una de las varias modalidades que adoptan los derechos fundamentales.

Según la teoría internacional de los derechos humanos estos derechos son normas de derecho público que protegen bienes jurídicos considerados inherentes a la persona humana. Esta postura ha sido cuestionada por la escuela iuspositivista, que propone que la legitimidad y validez de los derechos humanos depende sobre todo de su incorporación en el cuerpo de la Ley y no de la existencia de leyes eternas que debamos seguir en todo momento y lugar. En otras palabras, si los derechos humanos no se encuentran en la legislación de un país no pueden ser reclamados como derechos universales. Para Ferrajoli la manera de superar este debate es incluyendo a los derechos humanos como parte de los derechos fundamentales.

Luigi Ferrajoli propone que los derechos fundamentales son “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a ‘todos’ los seres humanos en cuanto dotados del estatus de personas, de ciudadanos o de individuos con capacidad de obrar” (Ferrajoli, 2004, p. 37). Es decir, son fundamentales los derechos adscritos por un ordenamiento jurídico a las personas en cuanto tales, en cuanto ciudadanos o en cuanto capaces de establecer contratos jurídicamente válidos (López-Moreno & López-Arellano, 2015). Son entonces derechos fundamentales el respeto a la vida, a la integridad física y a la libertad de pensamiento, así como los derechos políticos y los derechos sociales, porque las normas positivas que los tutelan indican que son de aplicación universal. Para Ferrajoli, si alguno de estos derechos no puede ser universal pierde su carácter de fundamental. Es por lo tanto la universalidad lo que confiere el carácter de fundamental al derecho, y no la naturaleza de los intereses que protege o las

necesidades que satisface. Desde este punto de vista, la postura de este autor podría considerarse no sólo iuspositivista, sino profundamente procedimental.

Ferrajoli, sin embargo, confiere a los derechos fundamentales una dimensión sustantiva al afirmar que deben incorporarse en la Ley debido al carácter universal de su aplicabilidad. En el caso de los derechos fundamentales, es el carácter universal de la dignidad humana —que no puede ser probada positivamente— lo que les confiere sustantividad. Esta forma de plantear los derechos convierte una presunción (la universalidad de la dignidad humana) en un hecho jurídico real (la universalidad de los derechos fundamentales), que se da por probada al presentarse los supuestos en los que se basa. En este sentido, la universalidad sería una especie de ficción jurídica que permite tomar por verdadero algo que no existe (pero que podría existir) para fundamentar el derecho (López-Moreno & López-Arellano, 2015)

Ferrajoli también establece un sistema que permite la clasificación de los derechos fundamentales, distinguiendo entre derechos fundamentales primarios (que poseen carácter sustantivo y obedecen a la naturaleza de los titulares del derecho, ya sea como personas o como ciudadanos) y secundarios (o procedimentales, que se otorgan a los sujetos en razón de su autonomía y su capacidad de obrar). Según el jurista italiano, los derechos sociales son parte de los derechos humanos, y a partir de los años noventa se han incorporado en las constituciones políticas de casi todos los países socialmente avanzados. En la actualidad se encuentran en el segmento más alto de la pirámide normativa de los países que han aceptado la necesidad de garantizar la vida de sus habitantes en condiciones dignas e igualitarias (Di Castro, 2010). Un problema que sigue siendo relevante es

la garantía efectiva de estos derechos, lo que sólo se puede alcanzar si existen mecanismos legales e instituciones que permitan a la población exigirlos directamente utilizando la normatividad nacional (López-Moreno & López-Arellano, 2015)

### *Aspectos generales del enfoque de capacidades*

Hemos descrito las diferencias entre el DPS y el DS, así como la naturaleza de este último no sólo como derecho humano sino como parte de los derechos fundamentales. Queda claro que en el caso del DPS el bien jurídico que se protege es el acceso a los servicios de salud, bajo las características mencionadas para tales servicios. El problema aparece al tratar de identificar el bien jurídico que debería proteger el DS, ya que se trata de un fenómeno muchísimo más complejo que la simple prestación de servicios de salud. La naturaleza de este bien (la salud) es todavía objeto de profundos debates y sus diferentes acepciones no son universalmente aceptadas por todos los involucrados, incluidos los expertos. Por esta razón, es difícil positivizar este derecho, lo que impide que la salud sea un bien unánimemente reclamable por las personas que son sujetas del derecho.

La definición de este bien jurídico, sin embargo, permitiría identificar las obligaciones y facultades del Estado en lo que concierne al DS y no sólo en materia de DPS, tal como ocurre hasta ahora. También permitiría reconocer cómo pueden cumplirse estas obligaciones y en qué medida puede lograrse este cumplimiento en términos de tiempo, espacio y grupos sociales.

Para analizar estas cuestiones abordamos autores que han realizado propuestas de bien jurídico del DS desde el enfoque de las capacidades desarrollado por Amartya Sen y Martha Nussbaum.

Para Sen, las capacidades son oportunidades siempre asociadas con la libertad de decisión de las personas, por lo que no pueden evaluarse únicamente a partir del logro de las metas del bienestar personal. El enfoque de capacidades de Sen es un marco filosófico liberal que depende de la idea de las personas de lo que significa una vida buena y provee herramientas teóricas dentro de las cuales es posible conceptualizar la pobreza, la desigualdad o el bienestar (Téllez Cabrera, 2015).

El enfoque de capacidades desarrollado por Martha Nussbaum ofrece bases filosóficas para una explicación de los principios básicos que deberían ser respetados e implementados por los Estados a través de sus constituciones (Gough, 2007). A diferencia de Sen, Nussbaum no prioriza la libertad sobre las demás capacidades. De acuerdo con Téllez-Cabrera (Téllez Cabrera, 2015), lo que desarrolla es una teoría parcial de la justicia, centrándose en el listado siguiente (Nussbaum, 2003, p. 41):

**Vida:** Ser capaz de vivir una vida hasta el final de una duración normal; sin morir prematuramente, o reducirla al punto de que no valga la pena vivirla.

**Salud corporal:** Ser capaz de tener una buena salud, incluyendo salud reproductiva; tener el cuidado adecuado; tener resguardo adecuado.

**Integridad corporal:** Ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro; estar seguro contra la violencia, incluyendo violencia sexual y doméstica; tener oportunidades para la satisfacción sexual y elecciones en materia de reproducción.

**Sentidos, imaginación y pensamiento:** Ser capaz de usar los sentidos, imaginar, pensar y razonar y utilizarlos en una “forma humana”, de una forma informada y cultivada por una educación adecuada, incluyendo, pero no limi-

tada, a las matemáticas básicas y entrenamiento científico. Ser capaz de usar la imaginación y los pensamientos en conexión con las experiencias, trabajo productivo y los eventos de su propia elección, religión, literatura, música, etc. Ser capaz de usar la mente con la finalidad de proteger las garantías de libertad de expresión con respecto al discurso político y artístico, así como de la libertad del ejercicio religioso. Ser capaz de tener experiencias agradables y evitar el dolor no benéfico.

**Emociones:** Ser capaz de apegarse a cosas y la gente fuera de nosotros mismo; amar a quien nos ama y nos cuida, y afligirse en su ausencia; en general, amar, afligirse, experimentar nostalgia, gratitud y enojo justificado. A tener desarrollo emocional que no sea frustrado por el miedo y la ansiedad. (Apoyar las capacidades significa apoyar las formas de asociación humana que son cruciales para su desarrollo)

**Razón práctica:** Ser capaz de formar una concepción de los bienes y de involucrarse en la reflexión crítica acerca de la planeación de la vida (Esto implica la protección de la libertad de conciencia religiosa y de observancia religiosa)

**Afiliación:**

*i: Ser capaz de vivir con y hacia los demás, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, participar en varias interacciones sociales (proteger esta capacidad significa proteger las instituciones que constituyen y cuidan la libertad de asamblea y discurso político)*

*ii: Tener las bases sociales de autorrespeto y no humillación; ser tratado con dignidad de igual manera que los otros; esto constituye la base de la no discriminación por raza, sexo, orientación sexual, etnicidad, casta, religión, origen nacional.*

**Otras especies:** Ser capaz de vivir con preocupación por y en las relaciones con los animales,



plantas y el mundo natural.

**Juego:** Ser capaz de reír, jugar y disfrutar actividades recreacionales.

### ***Control sobre el ambiente de uno:***

*i: Político: Ser capaz de participar efectivamente en elecciones políticas que gobiernan la vida de uno; tener derecho a participación política, protección del discurso libre y asociación.*

*ii: Material: Ser capaz de tener propiedades (muebles como inmuebles), tener derechos de propiedad bajo la misma base que otros; tener el derecho de buscar empleo sobre la misma base que otros; tener la libertad de no padecer búsqueda y embargo injustificado. En el trabajo, ser capaz de trabajar como un ser humano, ejercitando la razón práctica, estableciendo relaciones significativas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores.*

De acuerdo con esta autora norteamericana, la lista está abierta a modificaciones futuras. Adicionalmente, las capacidades que se derivan de las llamadas “capacidades centrales” pueden obtenerse mediante un proceso de deliberación política (Nussbaum, 2003).

### ***El enfoque de capacidades en salud de Jenifer Ruger Prah***

En relación con estas bases filosóficas comprendemos que los medios para una vida saludable no son en sí mismos los fines de la salud (Ruger, 2006). Para Ruger Prah la justicia social referida a salud está enfocada al DPS, muy socorrido por el utilitarismo, lo que impide que la justicia social se centre en lo más importante: la salud per se. Para ella, una política pública enfocada en las capacidades en salud debe otorgar importancia a la oportunidad de un individuo para lograr una bue-

na salud y, por lo tanto, estar libre de las enfermedades que pueden prevenirse y la mortalidad evitable (Ruger, 2004).

Ruger utiliza conceptos del enfoque de capacidades de Sen, como el de agencia, la cual puede ejercerse de manera individual o colectiva. De manera individual, la agencia permite tomar decisiones acerca de hábitos saludables, riesgos en salud, estilos de vida y decisiones sobre tratamientos. En lo colectivo, es en el campo de la agencia donde se presentan discusiones abiertas para la toma de decisiones de grupos que influyen en la distribución de recursos en salud (Ruger, 2010).

Ruger propone seis esferas relacionadas con el enfoque de capacidades en salud (Ruger, 2004, p. 4):

La protección a la salud no es el único determinante en salud. Coloca a la salud y las políticas en salud en un contexto más amplio y con mayor comprensión de la justicia social.

A pesar de que la atención médica es uno de muchos factores determinantes de la salud, no puede negarse su importante influencia en ella y debe ser socialmente garantizada.

El enfoque de capacidades en salud no específica qué tipo de atención médica debe garantizarse y a qué nivel, en cambio, reconoce la necesidad de que a través de un proceso democrático se establezcan los principios procesales y sustantivos del contenido. Se sugiere la utilización de “capacidades primarias” de Sen como orientación.

El “aspecto de proceso” de la libertad en el enfoque de capacidades tiene implicaciones sobre cómo se elaboran las políticas relacionadas con la salud. Hace hincapié en la capacidad de un individuo para participar en la amplia toma de decisiones de políticas públicas, incluyendo salud.

Las implicaciones de equidad del acceso a los bienes y servicios no pueden separarse de las implicaciones de equidad de financiarlos, porque el principio de capacidad requiere que los recursos se asignen sobre la base de la necesidad médica, no de la capacidad de pago.

Finalmente, una de las tareas más difíciles al aplicar un marco teórico ético que valore la salud de manera intrínseca, es la conceptualización y medición de la salud, así como sus inequidades, mediante sus diversos dominios. Se sugiere mediante un ejercicio colectivo, la “Teorización incompleta” desarrollada por Carl Sunstein.

### ***El bien jurídico del Derecho a la Salud***

Cuando hablamos de DS, en cambio, nos referimos a la vinculación de la salud con el ejercicio de otros derechos humanos cuya convergencia determina los niveles de salud que puede alcanzar los grupos humanos —según el lugar que ocupan en la sociedad— como los derechos a la alimentación y el agua potable, la vivienda adecuada, la educación, el trabajo digno, la seguridad social y la asistencia pública. Otros derechos fundamentales, como el derecho a la igualdad y la no discriminación, la integridad física, la vida privada y el acceso a la información resultan igualmente necesarios para alcanzar un nivel de salud adecuado. Estos y otros derechos, de acuerdo con la OBG14, son componentes integrales del DS (ONU & Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Por esta razón, el cumplimiento del DS (su respeto, protección y satisfacción) no puede limitarse a la disponibilidad y acceso a los servicios de salud y mucho menos a recibir atención médica, así sea oportuna y de calidad aceptable. El DS implica

el alcance de aquellas condiciones que resulten necesarias para cada persona a fin de que pueda alcanzar de manera digna y en condiciones justas una vida sana, considerada por ella misma como una vida valiosa.

Otro autor que ha desarrollado una propuesta basada en el enfoque de capacidades es el filósofo indio Sridhar Venkatapuram, quien utiliza el concepto de metas vitales —desarrollado por Lennart Nordenfelt en su definición de salud— para ligarlo con la categoría de vida valiosa Sen y Nussbaum. Este autor considera que la salud debe ser considerada una metacapacidad, y la define como:

La capacidad de lograr un conjunto de capacidades básicas que se encuentran interrelacionadas, para ser y hacer cosas que reflejan una vida valiosa de igual dignidad humana en el mundo moderno (Venkatapuram, 2011, p. 51)

Desde este punto de vista la salud sería aquello que se requiere para alcanzar libremente otras capacidades, indispensables para alcanzar una vida digna y decorosa.

Algunos autores, sin embargo, difieren de lo expuesto hasta aquí, cuestionando la idea de retirar a la enfermedad como parte del contenido del DS. Según Gameiro, por ejemplo, excluir el concepto de enfermedad del contenido del DS significa eliminar cualquier posibilidad de exigir al Estado una total y absoluta protección contra las enfermedades y, al final, contra la muerte (Gameiro, 2017). Este autor coloca nuevamente en el centro de las políticas de salud al DPS, y abre adicionalmente la posibilidad de dejar en las manos de los servicios de salud privados la responsabilidad de satisfacer este derecho (González-Delgado, 2020).

## Discusión

La salud es reconocida universalmente como uno de los intereses vitales más relevantes de los seres humanos, y aún requiere ser considerada explícitamente en los ordenamientos jurídicos de los países, tal y como se ha hecho en materia de acceso a los servicios de salud. Concordamos con Ruger Prah en que la atención médica es un importante determinante de la salud y debe ser socialmente garantizada y no condicionarse a la capacidad de pago de los individuos. No obstante, también consideramos que el acceso a los servicios de salud no es el único ni el principal determinante del nivel de salud de las personas y las comunidades.

El enfoque de capacidades permite comprender que la finalidad de una vida saludable tiene poco sentido si no permite alcanzar otras finalidades en la vida. Efectivamente, la salud no puede entenderse como el derecho de las personas a estar sanas, pero sí como el derecho a contar con aquellas capacidades que resulten necesarias para alcanzar ciertas metas vitales. El Derecho a la Salud debe entenderse entonces como el derecho al disfrute de una gama de condiciones, bienes y

servicios indispensables para alcanzar un nivel de salud que permita a cada quien vivir la vida que personalmente considera valiosa, y para hacerlo dignamente. También consideramos, de acuerdo con Venkatapuram, que la salud es una metacapacidad que requiere ser protegida como un derecho humano fundamental.

Sostenemos que el enfoque de capacidades en salud ampliará la concepción en salud y que se pueden construir, a partir de este, indicadores apropiados para evaluarla, superando la perspectiva de medirla fundamentalmente a partir del acceso a los servicios de salud y la presencia de enfermedad (González-Delgado, 2020).

Reiteramos, finalmente, que la salud y la enfermedad están sutil pero determinadamente ligados a los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad en su conjunto, y que su respeto, protección y satisfacción son todavía asignaturas pendientes del estado mexicano (López-Arellano et al., 2015). En este proceso las reflexiones sobre el contenido, alcances y límites del derecho a la salud pueden ser extraordinariamente valiosas.

## Referencias bibliográficas

- ARÉVALO ALVAREZ, L. E. (2001). El concepto jurídico y la génesis de los derechos humanos (2da. Ed). Universidad Iberoamericana, Plantel Golfo Centro.
- FERRAJOLI, L. (2004). Derechos y garantías. La ley del más débil (4ta ed.). Trotta.
- GAMEIRO, I. P. (2017). A Saúde como metacapacidade: Redefiniendo o bem jurídico. *Revista Quaestio iuris*, 10(4).
- GONZÁLEZ-DELGADO, A. (2020). ¿Cuál es el bien jurídico que protege el Derecho a la Salud? Tesis doctoral. Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- GOUGH, I. (2007). El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum: Un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 100, 177-202.

- KIERSZENBAUM, M. (2009). El bien jurídico en el Derecho Penal. Algunas nociones básicas desde la óptica de la discusión actual. *Lecciones y Ensayos*, 86, 187-211.
- LÓPEZ-ARELLANO, O., LÓPEZ-MORENO, S., & MORENO-ALTAMIRANO, A. (2015). El derecho a la salud e México. En O. López-Arellano & S. López-Moreno (Eds.), *Derecho a la Salud en México* (1.a ed., p. 51-82). Universidad Autónoma Metropolitana.
- LÓPEZ-MORENO, S., & LÓPEZ-ARELLANO, O. (2015). Origen y naturaleza de los derechos humanos. En O. LÓPEZ-ARELLANO & S. LÓPEZ-MORENO (Eds.), *Derecho a la Salud en México* (1.a ed., p. 17-49). Universidad Autónoma Metropolitana.
- LÓPEZ-MORENO, S., CHAPELA MENDOZA, M. DEL C., HÉRNANDEZ-ZINZUN, G., CERDA-GARCÍA, A., & OUTÓN, M. (2015). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En M. C. CHAPELA MENDOZA & M. E. CONTRERAS GARFIAS (Eds.), *Pensar el futuro de México. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. La salud en México* (1.a Ed.) Vol. 1, pp. 51-90.
- NUSSBAUM, M. (2003). Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist Economics*, 9(2-3), 33-59.
- ONU. (2000). Cuestiones sustantivas que se plantean en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Consejo Económico y Social. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> (consulta 10 de febrero de 2023).
- ONU. (2022). ACNUDH. Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ¿Qué son los derechos económicos, sociales y culturales? <https://www.ohchr.org/es/human-rights/economic-social-cultural-rights/> (consulta 10 de febrero de 2023).
- ONU & COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (EDS.). (2000). El derecho del más alto nivel posible de salud. Observación. General 14 (p. 21). ONU. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> (consulta 10 de febrero de 2023).
- RUGER, J. P. (2004). Health and social justice. *The Lancet*, 364(9439), 1075-1080.
- RUGER, J. P. (2006). Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements. *Yale Journal of Law & the Humanities*, 18(2), 3.
- RUGER, J. P. (2010). Health Capability: Conceptualization and Operationalization. *American Journal of Public Health*, 100(1), 41-49.
- SEGOB. (2020). DOF - Diario Oficial de la Federación. DECRETO por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020) (consulta 10 de febrero de 2023).
- SEN, A. (2009). *La idea de la justicia* (1.a ed.). Taurus. Madrid
- TÉLLEZ CABRERA. (2015). Capacidades en salud como forma de incorporar la equidad en la evaluación económica de intervenciones en salud (Doctorado en Ciencias Económicas) [Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa]. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/1394> (consulta 10 de febrero de 2023).
- VENKATAPURAM, S. (2011). *Health justice: An argument from the capabilities approach*. Polity press.

# La Guía alimentaria para la población uruguaya: un análisis de sus procesos de elaboración y actualización

---

María del Carmen Suárez Solana\* • Miriam Bertran Vilà\*\*

---

## RESUMEN

Las guías alimentarias son al mismo tiempo producto y herramienta de la Educación en Nutrición, y una de las estrategias de la Promoción de la Salud, su intención es educar a la población, y orientar el desarrollo de políticas y programas de alimentación y nutrición. Su elaboración y actualización se propusieron respectivamente en los años 1992 y 2014, durante la Primera y Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Uruguay fue de los países que participó en ambos eventos y desarrolló su guía mediante dos procesos, los cuales nos propusimos diferenciar en este análisis. El primero se basó en el modelo propuesto por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), y resultó en el Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya (2005). El segundo se fundamentó en este mismo modelo, se inspiró en la guía de Brasil, y construyó la Guía alimentaria para la población uruguaya (2016). Las diferencias más importantes entre estos procesos fueron: la inclusión de los siete principios rectores en la guía publicada en 2016 y la participación de mayor cantidad y diversidad de instituciones, especialmente de la academia y sociedad civil, en el grupo intersectorial del segundo.

**PALABRAS CLAVE:** educación alimentaria y nutricional, programas y políticas de nutrición y alimentación, soberanía y seguridad alimentaria y nutricional, salud colectiva.

\* Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Asistente en el Departamento de Educación de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República, Uruguay. Correo electrónico de contacto: carmen.suso@yahoo.com

\*\* Profesora-investigadora titular del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Correo electrónico de contacto: mbertran@correo.xoc.uam.mx

**Fecha de recepción:** 13 de octubre de 2022.

**Fecha de aceptación:** 07 de febrero de 2023.

## The dietary guideline for the Uruguayan population: an analysis of its elaboration and updating processes

### ABSTRACT

The dietary guidelines are at the same time product and tool of the Nutrition Education, and also one of the strategies for Health Promotion. They are intended to educate population, and to guide the development of food and nutrition policies and programs. Their elaboration and update proposals were respectively suggested in the years 1992 and 2014, during the first and second International Conference on Nutrition. Uruguay was one of the countries that attended these events, and developed its guide in two processes, which we compared in this analysis. The first one was based on the el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) Model, and became the Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya (2005). The second one was founded on the same model, also it was inspired by the Brazilian guide, and produced the Guía alimentaria para la población uruguaya (2016). The main differences between these processes were: the inclusion of the seven guiding principles in the guide published in 2016 and the participation of higher and greater diversity of institutions, especially from the academy and civil society, in the inter-sectorial group of the updating process.

**KEY WORDS:** Nutrition Education, Nutrition Programs and Policies, Food and Nutrition Sovereignty and Security, Collective Health.

### Introducción

Las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) se concibieron como una de las herramientas más importantes de la Educación en Nutrición, que consideran las particularidades epidemiológicas, socioculturales y ambientales de cada contexto, y traducen las metas nutricionales establecidas para la población de un país, en un conjunto de mensajes, recomendaciones y un ícono o representación gráfica (OMS y FAO, 1996; Grupo de educación nutricional y de sensibilización del consumidor - división de nutrición, 2014).

El propósito de las GABA es educar a la población, y orientar el desarrollo de políticas y programas relacionados con la alimentación y nutrición, como los de producción, distribución, acceso,

consumo, salud, educación, desarrollo social, rural, entre otros (OMS y FAO, 1996; Grupo de educación nutricional y de sensibilización del consumidor - división de nutrición, 2014).

Las guías alimentarias forman parte de las estrategias mundiales de Promoción de la Salud, y fueron propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), a todos los países que participaron en la Primera y Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (1992 y 2014).

La Primera Conferencia Internacional sobre Nutrición (1992) fue organizada por la FAO y OMS



en Roma, en ésta se expuso el Plan de Acción Mundial para la Nutrición, y se propusieron diversas estrategias para mejorar el estado de nutrición y consumo de alimentos en el ámbito mundial, entre éstas estuvo el diseño y difusión de guías alimentarias, las cuales debían considerar las particularidades de cada país, los diferentes grupos de edad y estilos de vida de sus poblaciones.

Antes de esta conferencia, el esquema didáctico que se utilizaba en las actividades de educación en nutrición era la Pirámide de la Alimentación, pero, a partir de este evento, los países que adoptaron el Plan de Acción Mundial para la Nutrición comenzaron a trabajar en el diseño de su guía.

Para apoyar a los países de América del Sur en la elaboración de su GABA, la FAO y el International Life Sciences Institute (ILSI) (1998) convocaron a un taller en Quito, Ecuador; y propusieron un modelo que sugería, como primer paso, conformar una comisión o comité nacional de guías alimentarias integrado por las agencias internacionales y los sectores público, privado y académico.

Uruguay fue de los países que participó en la Primera Conferencia Internacional sobre Nutrición (1992), ratificó el Plan de Acción Mundial para la Nutrición, y se comprometió a elaborar una guía que considerara el perfil epidemiológico, y los patrones alimentarios de su población (OMS y FAO, 1996). En este sentido, comenzó a desarrollar su GABA en el taller de 1998 y conformó el Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay que publicó en 2005 el Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya, y las Guías alimentarias para niños menores de dos años.

El proceso de elaboración de esta guía se basó en el modelo propuesto por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), el cual tiene tres momentos principales: planificación, implementación y evaluación, y siete fases que forman parte de la planificación: caracterización del grupo objetivo (diagnóstico), definición de objetivos, elaboración de las guías técnicas, selección y prueba de las recomendaciones factibles, elaboración de las guías alimentarias, validación y ensayo, corrección y ajuste (Molina, 2008).

La Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición se celebró en Roma en noviembre de 2014. En ésta, se propuso la actualización de las GABA considerando los aspectos ambientales de la alimentación y el tema de las Dietas Sostenibles (Grupo de educación nutricional y de sensibilización del consumidor - división de nutrición, 2014), las cuales se refieren a:

...dietas con bajo impacto ambiental que contribuyen a la seguridad alimentaria y nutricional y a la vida sana de las generaciones presentes y futuras. Las dietas sostenibles concurren a la protección y respeto de la biodiversidad y los ecosistemas, son culturalmente aceptables, económicamente justas, accesibles, asequibles, nutricionalmente adecuadas, inocuas y saludables, y permiten la optimización de los recursos naturales y humanos (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2010: 1).

Paralelamente, el mismo mes de noviembre, la Secretaria de Atenco à Sade y Departamento de Atenco Bsica (2014) de Brasil, publicaron la Guia alimentar para a populao brasileira, reconocida por: abordar los aspectos socioculturales de la alimentación (Silva Oliveira y da Silva

Santos, 2020), incluir la clasificación de alimentos por su grado de procesamiento, y apuntar a la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (SSAN) (Silva Oliveira y da Silva Santos, 2018).

Uruguay participó en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, y posteriormente actualizó y publicó La guía alimentaria para la población uruguaya, para una alimentación saludable, compartida y placentera (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016b). El proceso para actualizar esta guía (Área Programática Nutrición, 2016) se inspiró en los principios orientadores de la guía de Brasil (Secretaría de Atenção à Saúde y Departamento de Atenção Básica, 2014), y se basó en el modelo propuesto por el INCAP (Molina, 2008).

Desde el punto de vista crítico de la Medicina Social y Salud Colectiva, la Promoción de la salud, que fue el marco desde el que se propusieron a nivel mundial diversas estrategias para fomentar dietas y modos de vida sanos, como la elaboración y actualización de las guías alimentarias (Conferencia Internacional sobre Nutrición, 1992; Organización Mundial de la Salud, 2004; Grupo de educación nutricional y de sensibilización del consumidor - división de nutrición, 2014), tiene potencial para transformar la realidad porque, además de comprometerse a alcanzar el acceso universal de la atención, se propone construir una sociedad más justa (Chapela Mendoza, 2007).

Para lograr estos propósitos la Promoción de la salud busca modificar los determinantes sociales de la salud (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008), mediante acciones integradas a nivel individual, que cambien las conductas y estilos de vida, y colectivo, que intervengan en los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos (Restrepo y Málaga, 2001).

No obstante, no se ha podido consolidar esta propuesta en su sentido más profundo, dado que no ha abordado las relaciones de determinación, que históricamente han ordenado y dado sentido a los determinantes sociales de la salud (González Guzmán, 2009; Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2011; López Arellano, 2013; Morales Borrero et al., 2013).

En el caso específico de la Educación en Nutrición, se debe a que no ha considerado la dimensión de los determinantes macro-sociales (Cardaci, 2015), y se ha centrado en responsabilizar y culpabilizar a los sujetos por sus condiciones de salud y/o enfermedad, reduciendo el consumo alimentario a una cuestión de decisión individual (Da Silva Santos, 2005; Bertran Vilà, 2007).

Particularmente en la guía alimentaria de Uruguay, esto se observa en los objetivos del primer manual y la guía actualizada, los cuales se enfocan en el nivel individual, ambos documentos buscan promover la modificación voluntaria de comportamientos, hacia conductas alimentarias saludables (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005; Área Programática Nutrición, 2016).

En este texto procuramos abordar la dimensión colectiva de la GABA de Uruguay. Para ello, nos propusimos diferenciar los procesos de elaboración del Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya, y actualización de la Guía alimentaria para la población uruguaya, como parte de una investigación que desarrollamos en el marco del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México (Suárez Solana, 2022).

## Los procesos de elaboración y actualización de la guía de Uruguay

### *La planificación*

Durante el taller de Quito realizado en 1998, la FAO e ILSI sugirieron utilizar el modelo propuesto por el INCAP para elaborar las guías alimentarias (Molina, 2008), que tiene tres momentos: planificación, implementación y evaluación, entre los aspectos principales del primero, destacaron la importancia de integrar un equipo de trabajo interdisciplinario e intersectorial, junto con la necesidad de coordinar el trabajo de las distintas instituciones (FAO y ILSI, 1998).

En Uruguay se conformó el Grupo Interinstitucional de Trabajo para la elaboración del primer manual (GIT-GABA), que estuvo coordinado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), y participaron las siguientes instituciones públicas: la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y el Instituto Nacional de Alimentación (INDA); académicas: la Escuela de Nutrición y Dietética (ENUT) de la Universidad de la República (UdelaR); asociaciones civiles: Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN); y organismos internacionales: INCAP, a través de la Red de Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), FAO, OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS) e ILSI (tabla 1) (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

Después de la integración del GIT-GABA, se llevó a cabo en 1999 el Primer Taller Interinstitucional para establecer las etapas de elaboración del manual. Éstas fueron las siguientes: primero se realizaría el diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, luego se determinarían las re-

comendaciones nutricionales, posteriormente se establecerían las metas, después se definirían los grupos de alimentos, a continuación se elaborarían las guías de consumo, porciones e intercambios o equivalencias, en seguida se describirían los principios de higiene de los alimentos, y finalmente se construirían las guías alimentarias basadas en alimentos para la población uruguaya (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

Quince años después (2015) se formó un nuevo grupo intersectorial para actualizar la guía (tabla 1), el cual estuvo coordinado por el Área Programática Nutrición del MSP, y a diferencia del primer GIT-GABA, no participó la Red SISVAN del INCAP, ni el ILSI; y se incorporó el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a la colaboración de FAO, OMS y OPS, dentro de las agencias de Naciones Unidas (Área Programática Nutrición, 2016).

Además, como se observa en la tabla 1, se integraron las siguientes instituciones públicas: Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), y la Intendencia de Montevideo (Área Programática Nutrición, 2016).

En el ámbito académico se sumó a la participación de la enut, la de las facultades de Veterinaria (FVET), Química (FQ) y Agronomía (FAGRO), y el Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar de la UdelaR. También colaboró la Escuela de Nutrición de la Universidad Católica, que es del sector privado, y el Núcleo de Investigaciones Epidemiológicas en Nutrición y Salud, de la Universidad de São Paulo (NUPENS-USP) en Brasil (Área Programática Nutrición, 2016).

**Tabla 1. Conformación del grupo intersectorial para la elaboración y actualización de la GABA en Uruguay**

Instituciones representadas		Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación 2005	Guía alimentaria para la población uruguaya 2016
Instituciones internacionales	Agencias de Naciones Unidas	FAO OMS OPS -	FAO OMS OPS <b>UNICEF</b>
	Organismos regionales	<b>SISVAN-INCAP</b>	-
	ONG	<b>ILSI</b>	-
Instituciones públicas	Nacionales	MSP (coordinador) ANEP INDA - - -	MSP (coordinador) ANEP INDA <b>MGAP</b> <b>MEC</b> <b>MIDES</b>
	Municipales	-	<b>Intendencia de Montevideo</b>
Academia	Nacional	UdelaR	ENUT - - - -
		Privada	-
	Internacional	-	<b>Escuela de Nutrición-Universidad Católica</b> <b>Nupens-USP</b>
Sociedad civil	Asociaciones de profesionales	AUDYN - - -	<b>AUDYN</b> <b>SUP</b> <b>RUANDI</b> <b>ACELU</b>
	ONG	- - -	<b>CUA</b> <b>Huertas Comunitarias de Montevideo</b> <b>Slow Food-Uruguay</b>

Fuente: elaboración propia (2022).

Por último las asociaciones civiles que contribuyeron fueron: audyn, Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (RUANDI), Asociación Celiaca (ACELU), Asociación de consumidores y usuarios asociados (CUA), Huertas Comunitarias de Montevideo y Slow Food-Uruguay (Área Programática Nutrición, 2016).

Una vez conformado este grupo, sus integrantes revisaron los procesos de Chile, Brasil y Estados Unidos; y acordaron que el proceso de actualización de la guía, se basaría en el modelo propuesto por el INCAP (Molina, 2008), y se complementaría con los principios orientadores de la guía brasileña (Secretaría de Atenção à Saúde y Departamento de Atenção Básica, 2014). Por último, establecieron las siguientes etapas: definición de objetivos y principios rectores, caracterización de la población objetivo y diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, revisión de la evidencia científica disponible, generación de recomendaciones técnicas, elaboración preliminar de los mensajes e ícono, validación y pruebas de campo, corrección y ajuste de materiales (Área Programática Nutrición, 2016).

Las dos diferencias más importantes entre las fases de planificación del primer manual y la guía actualizada, fueron que en la segunda participaron mayor cantidad y diversidad de instituciones: públicas y privadas, nacionales e internacionales (tabla 1); y que antes de la fase de diagnóstico y revisión de la evidencia científica disponible, se incluyeron los principios rectores.

### ***La inclusión de los principios rectores***

Los principios rectores, que fueron la base conceptual que orientó todas las fases de actualiza-

ción de la guía, estuvieron inspirados en los de la guía brasileña (Secretaría de Atenção à Saúde y Departamento de Atenção Básica, 2014). Éstos reconocieron, entre otros aspectos, la dimensión sociocultural de la alimentación, y la clasificación de alimentos por su grado de procesamiento, y fueron siete (Área Programática Nutrición, 2016):

1. La alimentación adecuada y saludable como un derecho humano.
2. Una guía alimentaria adaptada a los nuevos tiempos.
3. La alimentación es más que el consumo de nutrientes.
4. La revalorización de la comida casera y saludable como parte de nuestra cultura.
5. La alimentación basada en alimentos naturales o mínimamente procesados.
6. La alimentación en armonía con la biodiversidad y sustentabilidad del ambiente.
7. La importancia de la actividad física.

### ***La definición de la población objetivo***

La población objetivo del primer manual y la guía actualizada fueron todas las personas que tuvieran más de dos años de edad. No obstante, el manual fue concebido como una herramienta útil para la capacitación del personal de salud y educación (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005), y la guía como un material de divulgación para toda la población (Área Programática Nutrición, 2016).

### ***La ejecución del diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional***

Durante el taller de Quito se revisaron las publicaciones y los aportes más recientes sobre la situación de alimentación, nutrición y salud en Suramérica, y se concluyó que el principal problema era la deficiencia de hierro (más del 50% de la población), y la desnutrición energético-proteica; si bien ambas habían tenido una disminución importante en la región, aún estaban presentes, principalmente en la infancia, mujeres embarazadas y en edad fértil (FAO y ILSI, 1998).

También se alertó sobre el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad en América del Sur (del 20 al 50% de la población en muchos países), especialmente en población de mujeres adultas, que vivían en zonas urbanas y de nivel socioeconómico bajo (FAO y ILSI, 1998).

Como las GABA debían considerar las características particulares de cada país, la FAO y el ILSI (1998) señalaron la necesidad de complementar la metodología de los análisis cuantitativos, que permite evaluar el perfil epidemiológico, el estado de nutrición, la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos; con algunas técnicas cualitativas, como encuestas, entrevistas y grupos focales, para conocer los patrones de consumo y las prácticas alimentarias de cada grupo de población, así como las percepciones, creencias, expectativas, actitudes, conocimientos, valores, barreras, motivaciones, necesidades, prioridades, entre otros.

Para elaborar el primer manual de Uruguay se realizaron cuatro estudios: uno para conocer la disponibilidad y acceso a los alimentos, otro el consumo y los hábitos alimentarios, el tercero evaluó el estado de nutrición de cada grupo etario, y el último la deficiencia de micronutrientes. Es

importante mencionar que estos análisis se desarrollaron en el contexto de la crisis del año 2002, en el que aumentó el desempleo, el precio de los alimentos y el costo de vida en general (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

Los resultados más relevantes de este diagnóstico mostraron que: la disponibilidad de alimentos era adecuada, ya que cubría los requerimientos de energía y proteínas de la población (2802 kilocalorías por persona por día, de las cuales entre el 12.2 y 12.8% provenía de las proteínas), y que el problema estaba en el acceso (en el 2004 el 32.1% de las personas vivía en situación de pobreza), especialmente en el 56.5% de los hogares de estrato socioeconómico bajo, que tenían el mayor número de niños y niñas de menor edad (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

Por otro lado, evidenciaron que el país se encontraba en un proceso de transición demográfica, epidemiológica y nutricional, debido a que predominaron los problemas relacionados con la mala nutrición, por una parte el sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no trasmisibles en la población adulta (en 1998 el 49% tenía sobrepeso y obesidad), y por otra la desnutrición y dolencias relacionadas a la deficiencia de nutrientes en el grupo infantil (en 2002 el 4.9% de niñas y niños menores de cinco años asistidos por el Ministerio de Salud Pública, tenía desnutrición grave, el 10.8% desnutrición crónica y el 1.8% desnutrición aguda) (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

También reconocieron que hacía falta información para el análisis de consumo y hábitos alimentarios (FAO y ILSI, 1998), ya que úni-



camente contaban con cuatro estudios (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005): uno del Instituto Nacional de Estadística (2005), que comparaba el consumo aparente de alimentos según el ingreso de los hogares urbanos de Montevideo y del interior del país; otro del Ministerio de Ganadería (2001), que también comparaba el consumo aparente de alimentos, sólo que éste en la población urbana y rural del interior del país durante los años 1999 y 2000; el tercero abordaba las preparaciones de consumo habitual en los hogares de Montevideo (Acosta, 1998), y el cuarto los conocimientos, actitudes y prácticas de las y los adolescentes de 11 a 19 años de edad, de nivel socioeconómico medio alto (Rodríguez, 1991).

Por otra parte, en el diagnóstico para actualizar la guía, también se realizaron cuatro estudios, igual que en el del primer manual, se analizó la disponibilidad y el acceso a los alimentos, el consumo y hábitos alimentarios, y el perfil epidemiológico y nutricional de la población (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a).

Los resultados mostraron que la disponibilidad de alimentos seguía siendo adecuada (2939 kilocalorías por persona por día, de las cuales el 12.1% provenía de las proteínas en el año 2011), y que el problema continuaba estando en el acceso, si bien habían mejorado las cifras de pobreza (9.7% de la población en el año 2015), era un tema que no se había resuelto, principalmente en el 20.6% de niñas y niños menores de seis años de estrato socioeconómico bajo (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a).

También demostraron que el proceso de transición nutricional estaba avanzando, ya que predominaron las enfermedades relacionadas con la mala nutrición, por un lado los problemas vinculados a

la deficiencia de nutrimentos, se observaron principalmente en las mujeres embarazadas (en 2015 el 15.9% padecían anemia), y durante los primeros años de vida (en el 2015 el 4.7% de niñas y niños menores de cuatro años tenían desnutrición crónica), ambos en los niveles socioeconómicos más bajos (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a).

Por el otro, el sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) fueron la principal causa de discapacidad y morbilidad, las cuales se manifestaron en la mayor parte de la población, especialmente adulta (64.9%), aunque aumentaron las cifras en la infantil (en el 2015 el 10.5% de niñas y niños menores de cuatro años de nivel socioeconómico bajo) (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a).

Asimismo, consideraron que los estudios de consumo y hábitos alimentarios eran limitados a nivel nacional, aunque analizaron los que existían hasta ese momento. A partir de éstos, afirmaron que los estratos socioeconómicos bajos no alcanzaban a satisfacer el consumo promedio de energía y macronutrimentos y priorizaban los alimentos que daban saciedad; en cambio, las clases media y media-alta consumían más de lo necesario y seleccionaban los alimentos que consideraban más convenientes, además las razones por las que la población no consumía lo que sugerían las recomendaciones, a pesar de conocerlas, eran la comodidad, placer, publicidad, falta de tiempo y conocimiento sobre técnicas culinarias y otras representaciones (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a).

Para terminar, es relevante señalar dos aspectos de este diagnóstico, el primero es que el análisis de acceso incluyó dos estudios que midieron la

seguridad alimentaria (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a), los resultados de uno sostuvieron que el 60.9% de los hogares de Montevideo y área metropolitana se encontraban en seguridad alimentaria, el 24.7% en inseguridad leve, el 7.3% moderada y el 7.1% grave (Ares et al., 2015). De forma similar, el otro estudio encontró que el 58.4% de los hogares del interior del país, con niñas y niños menores de cuatro años, estaban en situación de seguridad alimentaria, el 28.7% en inseguridad leve, el 8.8% moderada y el 4.1% grave (Uruguay Crece Contigo et al., 2013).

Y el segundo aspecto es que el análisis de consumo y hábitos alimentarios fue el único en el que además de diagnosticar la situación, plantearon propuestas específicas para incorporar en los mensajes y recomendaciones, como la de valorizar el acto de cocinar, desarrollar habilidades culinarias, y planificar la alimentación y tiempo destinado a la preparación de alimentos (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a).

### ***La revisión de la evidencia científica disponible y determinación de las recomendaciones***

Las recomendaciones de la guía alimentaria de Uruguay, se han fundamentado en los resultados del diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, y la evidencia científica disponible (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005; Área Programática Nutrición, 2016).

En el apartado de evidencia científica del primer manual, se abordaron los siguientes temas: agua, energía, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, fibra, vitaminas y minerales, sus funciones más

importantes en el organismo, y sus principales fuentes alimentarias (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

Para establecer las recomendaciones nutrimentales se elaboraron dos matrices; la primera sintetizó los factores de prevención (protectores) y riesgo (promotores) de: el sobrepeso y obesidad, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, Diabetes Mellitus tipo II y osteoporosis; y la segunda jerarquizó, de acuerdo a los resultados del diagnóstico, únicamente los factores de riesgo de dichas patologías (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

En el caso de la guía actualizada, se consultaron los postulados teóricos más recientes sobre las cinco enfermedades principales relacionadas con la dieta y los estilos de vida: sobrepeso y obesidad, Diabetes Mellitus tipo II, enfermedades cardiovasculares, cáncer y osteoporosis (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016c).

A diferencia del primer manual, para determinar las recomendaciones de la guía actualizada, únicamente se desarrolló una matriz en la que se relacionaron las cinco enfermedades mencionadas, con sus respectivos nutrientes críticos, alimentos críticos, prácticas, hábitos y creencias, y respaldo científico; y se seleccionaron las que se repetían con mayor frecuencia debido a que son comunes a varias patologías, contribuían simultáneamente a su prevención (Área Programática Nutrición, 2016).

Con base en las recomendaciones establecidas, tanto en el primer manual como en la guía actualizada, se definieron las metas nutricionales de:

actividad física, índice de masa corporal, porciones de alimentos, guías de consumo, mensajes e ícono (Área Programática Nutrición, 2016).

### ***El diseño del ícono y formación de los grupos de alimentos***

El ícono del primer manual se denominó El plato de la buena alimentación (Imagen 1), es un plato redondo y plano, con un tenedor y cuchillo a los costados izquierdo y derecho respectivamente,

que está dividido en seis grupos de alimentos, y tiene tres proporciones distintas cada dos grupos: los más grandes son el de cereales y leguminosas, y el de verduras y frutas; los medianos son el de carnes y huevos, y el de leche y quesos; y los más pequeños son el de grasas y el de dulces; entre cada grupo y en el centro hay gotas de agua, y la palabra agua está a la mitad de la parte inferior (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

**Imagen 1. El plato de la buena alimentación: ícono del Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya**



Fuente: Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005: 115.

Los diez mensajes que acompañaron esta representación fueron:

#### Mensaje 1

MANTENGA SU SALUD REALIZANDO DIARIAMENTE UNA ALIMENTACIÓN VARIADA QUE INCLUYA ALIMENTOS DE LOS SEIS GRUPOS.

#### Mensaje 2

COMA CON MODERACIÓN SEGÚN LAS PORCIONES INDICADAS EN CADA GRUPO DE ALIMENTOS PARA MANTENER UN PESO SALUDABLE.

#### Mensaje 3

PARA RENDIR MÁS DURANTE EL DÍA COMIENZE CON UN DESAYUNO QUE INCLUYA LECHE, PAN Y FRUTA.

#### Mensaje 4

LOS LÁCTEOS SON NECESARIOS EN TODAS LAS EDADES. PROCURE CONSUMIR POR LO MENOS MEDIO LITRO DE LECHE POR DÍA.

#### Mensaje 5

CONSUMA DIARIAMENTE EN TODAS SUS COMIDAS VERDURAS Y FRUTAS DE ESTACIÓN.

#### Mensaje 6

DISMINUYA EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS, AZÚCAR, DULCES, GOLOSINAS Y PRODUCTOS DE REPOSTERÍA.

#### Mensaje 7

CONTROLE SU CONSUMO DE CARNES, FIAMBRES, EMBUTIDOS, MANTECA, MARGARINA, QUESOS, CREMA DE LECHE, MAYONESA Y FRITURAS POR SU ALTO CONTENIDO DE GRASAS.

#### Mensaje 8

DISMINUYA EL CONSUMO DE SAL Y DE LOS ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE ELLA.

#### Mensaje 9

ELIJA DENTRO DE CADA GRUPO DE ALIMENTOS LOS MÁS ADECUADOS A SU PRESUPUESTO FAMILIAR.

#### Mensaje 10

PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS CUIDE LA HIGIENE DE SUS ALIMENTOS DESDE LA COMPRA HASTA EL CONSUMO (GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE TRABAJO PARA LAS GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS DE URUGUAY, 2005: 113 A 115).

Para actualizar el ícono (Imagen 2) se formó un subgrupo interdisciplinario, que acordó dejar de representar un plato, pero mantener la imagen circular, y realizar las siguientes modificaciones en los grupos de alimentos: separar en dos el de verduras y frutas, y aumentar su proporción, para que ocupen la mitad del espacio; cambiar los tubérculos al de panes, harinas, arroces y pastas, y eliminar el chocolate y los caramelos del de los dulces (Área Programática Nutrición, 2016).

El nuevo ícono se dividió en siete grupos de alimentos, los cuales quedaron en el siguiente orden: primero, el de mayor proporción, fue el de verduras y legumbres, el segundo fue el de panes, harinas, pastas, arroz y papas, el tercero fue sólo de frutas, el cuarto de leche y quesos, el quinto de carnes, pescados y huevos, el sexto de semillas y aceites, y el séptimo de azúcares y dulces (Área Programática Nutrición, 2016).

También se acordó colocar la palabra agua y una jarra con este líquido en un lugar relevante, al centro, y agregar representaciones para fomentar la comensalidad y actividad física, y evitar la sal, azúcar y productos ultraprocesados. Además, se propuso que las imágenes de los alimentos fueran claras y reales, fotos y/o retratos que no estuvie-



**Imagen 2. El ícono: representación gráfica de la Guía alimentaria para la población uruguaya**



Fuente: Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016: 95.

ran superpuestos (Área Programática Nutrición, 2016).

A partir de todas estas propuestas y acuerdos se diseñaron dos opciones de ícono, para seleccionarlo y validarlo se realizó un estudio on-line (Área Programática Nutrición, 2016).

Los once mensajes que acompañaron esta representación estuvieron divididos en dos secciones, los primeros seis correspondieron a Las claves en tu día a día:

*1. Disfruta la comida: come despacio y, cuando puedas, hazlo en compañía.*

*2. Basa tu alimentación en alimentos naturales y evita el consumo de productos ultra-procesados, con excesiva cantidad de grasas, azúcar y sal. En esta parte explica claramente y detalladamente su clasificación de alimentos por grado de procesamiento -naturales o mínimamente procesados, procesados y ultra-procesados-, utiliza imágenes, tablas comparativas y gráficas de contenido de sal, azúcar*

*y sodio de los alimentos más consumidos por la población.*

*3. Comienza el día con un buen desayuno y no te saltes comidas.*

*4. Cocinar nuestros propios alimentos hace bien: descubre el gusto por la cocina y que sea una actividad compartida.*

*5. Se crítico con la información y los mensajes publicitarios que recibes sobre alimentación.*

*6. Acumula al menos dos horas y media de actividad física por semana y disminuye el tiempo que permaneces sentado (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016b).*

Y los siguientes cinco se relacionaron con Las claves en tu mesa:

*1. Prefiere siempre el agua a otras bebidas. Limita los refrescos, los jugos artificiales y las aguas saborizadas.*

*2. Incorpora verduras y frutas en todas las comidas. Te ayudará a sentirte bien y mantener un peso adecuado.*

*3. Elige aceite para tus preparaciones en lugar de otras grasas. Evita comprar productos con excesiva cantidad de grasas y especialmente los que contengan grasas trans.*

*4. Incluye el pescado al menos una vez a la semana y disminuye el consumo de carnes procesadas, como fiambres y embutidos.*

*5. Disminuye la sal y el azúcar para cocinar: pequeñas cantidades son suficientes para real-*

*zar el sabor (Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016b).*

### ***La validación de los mensajes e ícono***

La validación de los diez mensajes y del Plato de la buena alimentación (Imagen 1) del primer manual, fue utilizando la técnica de grupos focales (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005).

Por otra parte, para validar los once mensajes de la guía actualizada, además de la técnica de grupos focales, se realizó una encuesta on-line; y para el ícono (Imagen 2) sólo se hizo una encuesta on-line. Ambos se analizaron mediante métodos cuantitativos y cualitativos, aunque las categorías de los segundos, que serían las del análisis de contenido de codificación inductiva, no se desarrollaron en el documento denominado Proceso de actualización de la Guía alimentaria para la población uruguaya (Área Programática Nutrición, 2016), se abordaron en un artículo aparte, publicado por Machín et al. (2018), dos años después.

### **Conclusión**

Los procesos de elaboración y actualización de la Guía alimentaria para la población uruguaya, estuvieron respaldados por el modelo propuesto por el INCAP, y sólo la actualización se inspiró en los principios orientadores de la guía de Brasil (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005; Área Programática Nutrición, 2016).

Por un lado, el modelo INCAP consta de tres momentos principales: planificación, que a su vez tiene siete fases, implementación y evaluación. La determinación de las recomendaciones es una



de las etapas más relevantes de la planificación, y se basa en la evidencia científica disponible, y los resultados del diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional (Molina, 2008).

En cuanto a la evidencia científica disponible, en ambos procesos se revisaron temas relacionados a las enfermedades vinculadas con la dieta y los estilos de vida, los nutrientes, sus funciones más importantes en el organismo, y sus principales fuentes alimentarias (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005; Área Programática Nutrición, 2016).

Respecto a los resultados del diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, en los dos procesos se realizaron cuatro análisis, cuyas conclusiones coincidieron en que la disponibilidad de alimentos era adecuada, el problema estaba en el acceso, los estudios de consumo y hábitos alimentarios eran limitados a nivel nacional, y el perfil epidemiológico de la población se encontraba en una fase avanzada de transición nutricional, ya que predominaban las enfermedades relacionadas con la mala nutrición (Grupo interinstitucional de trabajo para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de Uruguay, 2005; Dirección General de la Salud y Área Programática Nutrición, 2016a).

Por otro lado, los principios orientadores de la guía actualizada de Brasil (Secretaria de Atenção à Saúde y Departamento de Atenção Básica, 2014), resaltaron la relevancia de abordar la dimensión sociocultural de la alimentación (Silva Oliveira y da Silva Santos, 2020), y la clasificación de alimentos por su grado de procesamiento (Monteiro et al., 2010), entre otros aspectos.

Estos principios inspiraron los siete rectores de la guía de Uruguay, los cuales consideraron los

aspectos nutrimentales, socioculturales y ambientales de la alimentación, incluyeron la clasificación de alimentos por su grado de procesamiento, abordaron la importancia de la actividad física, y reconocieron la alimentación como un derecho humano (Área Programática Nutrición, 2016).

La inclusión de los principios rectores fue la diferencia principal entre los procesos de elaboración del primer manual y actualización de la guía, y su establecimiento la etapa más importante, antes de la ejecución del diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, y la revisión de la evidencia científica disponible, por lo que determinó las siete fases de planificación del modelo INCAP.

Esta inclusión dependió de los representantes que integraron el grupo intersectorial de actualización, el cual se distinguió por la participación de mayor cantidad y diversidad de instituciones: públicas y privadas, nacionales e internacionales, especialmente la academia y sociedad civil organizada.

Si bien el estudio de los vínculos entre los actores involucrados va más allá del propósito de este trabajo, es importante preguntarse ¿Qué demandas plantearon? ¿Cuáles fueron escuchadas, ignoradas, silenciadas y/o invisibilizadas? ¿Cuál ha sido el impacto de sus propuestas en la ejecución de políticas, programas y acciones? ¿Cómo éstas han repercutido en la vida cotidiana de la población uruguaya, y las conductas y estilos de vida de cada individuo? Cuestionar las relaciones de poder entre estos actores, especialmente la influencia de la academia y sociedad civil organizada en el contenido de los principios rectores, es una vía para profundizar la reflexión y análisis crítico de las guías alimentarias, la educación en nutrición y promoción de la salud.

## Referencias bibliográficas

- ACOSTA, E. (1998). Preparaciones de consumo habitual en los hogares montevideanos. Uruguay: Escuela de Nutrición y Dietética y Facultad de Medicina.
- ÁREA PROGRAMÁTICA NUTRICIÓN (2016). Proceso de actualización de la Guía alimentaria para la población uruguaya. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- ARES, G., CURUTCHET, M. R., ROSSI, M., GIMÉNEZ, A. y ZULEIKA, F. (2015). Resultados de la encuesta sobre alimentación y bienestar. Uruguay: documentos e informes de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.
- ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL y CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (2011). El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud, documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES. Brasil.
- BERTRAN VILÀ, M. (2007). ¿Orientación alimentaria o los diez mandamientos? La moral en los discursos de la nutrición y la salud. En: León Parra, B. y Peña Saint Martin, F. (Eds.), *Antropología física, salud y sociedad, viejas tradiciones y nuevos retos*. México: INAH, ENAH, Conaculta y promeP, 147-153.
- CARDACI, D. (2015). Promoción de una nutrición saludable: un complejo trayecto por recorrer. *Glob. Health Promot.*, 22 (4): 62-63.
- COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (2008). Subsana las desigualdades en una generación, alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Suiza: OMS.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NUTRICIÓN (1992). *Nutrición y desarrollo: una evaluación mundial*. Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud.
- CHAPELA MENDOZA, M. C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: Jarillo, E. y Guinsberg, E. (Eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, 347-373.
- DA SILVA SANTOS, L. A. (2005). Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutr. Campinas*, 18 (5): 681-692.
- DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD y ÁREA PROGRAMÁTICA NUTRICIÓN (2016a). Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, revisión para la elaboración de la Guía alimentaria para la población uruguaya. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD y ÁREA PROGRAMÁTICA NUTRICIÓN (2016b). Guía alimentaria para la población uruguaya, para una alimentación saludable, compartida y placentera. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD y ÁREA PROGRAMÁTICA NUTRICIÓN (2016c). Nutrición, alimentación y actividad física para la prevención de enfermedades no transmisibles, revisión para la elaboración de las guías de alimentación saludable para la población uruguaya. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- FAO y ILSI (1998). *Taller sobre Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) y educación en nutrición para el público*. Chile: FAO.
- GONZÁLEZ GUZMÁN, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, *Organización Mundial de la Salud*. 4(2), 135-143. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/315/652> (consulta 2 de febrero de 2023).
- GRUPO DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y DE SENSIBILIZACIÓN DEL CONSUMIDOR - DIVISIÓN DE NUTRICIÓN (2014). *El estado de las*

- guías alimentarias basadas en alimentos en América Latina y El Caribe. Tomado de: <http://www.fao.org/3/a-i3677s.pdf>. (consulta 26 agosto de 2015)
- GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE TRABAJO PARA LAS GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS DE URUGUAY (2005). Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya. Uruguay: Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2005). Estimaciones de la pobreza por el método del Ingreso. Año 2004. Uruguay: INE.
- LÓPEZ ARELLANO, O. (2013). Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulgação em Saúde para Debate*, 49: 150-156.
- MACHÍN, L., ASCHEMANN-WITZEL, J., PATIÑO, A., MORATORIO, X., BANDEIRA, E., CURUTCHET, M. R., et al. (2018). Barriers and facilitators to implementing the Uruguayan Dietary Guidelines in everyday life: A citizen perspective. *Health Education & Behavior*, 45 (4): 511-523.
- MINISTERIO DE GANADERÍA, A. Y. P. (2001). Encuesta sobre el empleo, los ingresos y las condiciones de vida en los hogares rurales. Uruguay: MGAP.
- MOLINA, V. (2008). Guías alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las guías alimentarias. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 21 (1): 31-41.
- MONTEIRO, C., LEVY, R., CLARO, R., CASTRO, I. y CANNON, G. (2010). A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (11): 2039-2049.
- MORALES BORRERO, C., BORDE, E., ESLAVA CASTAÑEDA, J. C. y CONCHA SÁNCHEZ, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15 (6): 797-808.
- OMS y FAO (1996). Preparation and use of food based dietary guidelines. Tomado de: <http://www.fao.org/3/x0243e/x0243e00.htm> (consulta 24 de junio de 2019).
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN (2010). Informe final del simposio científico internacional sobre biodiversidad y dietas sostenibles, unidos contra el hambre. Tomado de: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/28509-0e85170814dd369b-bb502e1128028978d.pdf> (consulta 10 de enero de 2019).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Tomado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43037/924359222X\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43037/924359222X_spa.pdf) (consulta 1 febrero de 2023).
- RESTREPO, H. E. y MÁLAGA, H. (2001). Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- RODRÍGUEZ, S. (1991). Estudio de hábitos alimentarios en adolescentes uruguayos de nivel socio económico medio alto. Uruguay: Departamento de Nutrición del MSP.
- SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE y DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (2014). Guia alimentar para a população brasileira. Brasil: Ministério da Saúde.
- SILVA OLIVEIRA, M. S. y DA SILVA SANTOS, L. A. (2018). Food-based dietary guidelines: a comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. *Public Health Nutr.*, 21 (1): 210-217.
- SILVA OLIVEIRA, M. S. y DA SILVA SANTOS, L. A. (2020). Guias alimentares para a população bra-

- sileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação. *Ciênc. saúde coletiva*, 25 (7): 2519-2528.
- SLOW FOOD (2015). Página principal Slow Food. Tomado de: <https://www.slowfood.com/es/quienes-somos/> Consulta 26 de agosto de 2021.
- SUÁREZ SOLANA, M. D. C. (2022). La alimentación saludable, compartida y placentera: mestizaje entre conceptos globales y significados locales. Tesis Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.
- URUGUAY CRECE CONTIGO, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA y UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (2013). Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS), primeros resultados. Uruguay: INE.