

ISSN: 2007-5790

PROBLEMA SALUD

PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 18 / NÚMERO 36 / JULIO-DICIEMBRE 2024

Atención Primaria de Salud
Políticas y prácticas
Salud comunitaria
Cuidados e imaginarios



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

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 Amado Ayala Pérez

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

Dr. Luis Fernando Rivero Rodríguez

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dr. Sergio López Moreno

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

Revista *Salud Problema*

DIRECTORA EDITORIAL

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



Salud Problema, Segunda época, Año 18, No. 36, julio-diciembre de 2024, 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. Dirección Editorial: Soledad Rojas Rajs. Editor Técnico: 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. Responsables de la última actualización de este número: Soledad Rojas Rajs y 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: 19 de diciembre de 2024. Tamaño del archivo 2.7 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.

D.R. © 2011 Universidad Autónoma Metropolitana.

Índice

5 EDITORIAL

11 AUTORES Y AUTORAS

ARTÍCULOS DEL *DOSSIER* “ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

- 15 **Atención Primaria de la Salud para la primera infancia: elementos de una política desarrollada en un gobierno local de la Ciudad de México, 2018-2021**
Primary Health Care for Early Childhood: Elements of a Policy Developed in a Local Government of Mexico City, 2018-2021
Edgar Rodolfo Bautista Jiménez
Miriam Jacqueline Villarruel Ortega
Patricia Zavaleta Ramírez
Fabiola Soto Villaseñor
Rolando Rivera González
- 43 **¿Derecho o caridad?: imaginarios médicos sobre migración y salud en consultorios anexos a farmacias en Monterrey, Nuevo León**
Right or Charity: medical imaginaries on migration and health in clinics adjacent to private pharmacies in Monterrey, Nuevo Leon
Yetzi Rosales Martínez
- 64 **Salud en tu Vida, Espacio de APS para la Formación y Práctica de Profesionales de Enfermería**
Salud en tu Vida: A Primary Health Care space for the education and professional practice of nurses
Thamires Piovezan Borges
Edgar C. Jarillo Soto
- 87 **Salud comunitaria y enfermería: aplicación del Modelo Calgary en una familia de un pueblo originario de Xochimilco desde el enfoque de APS**
Community health and nursing: application of the Calgary Model in a family of a native town of Xochimilco from the PHC approach

Ana Cristina Escarcega Figueroa
Raúl Bautista Palillero
Jennifer Viridiana Romero Uribe
Liliana González Juárez
Ana Rita Castro

- 101 **Atención Primaria de la Salud como activo frente a la vulnerabilidad en salud de las personas con discapacidad de las zonas Rurales de Nuevo León**
Primary Health Care as an Asset Against Health Vulnerability of People with Disabilities in Rural Areas of Nuevo León
Karla Isabel Juárez Ibarra
José Manuel Rangel Esquivel

ENSAYOS DEL DOSSIER “ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

- 120 **Refundación de la Atención Primaria de Salud: hacia un nuevo modelo para México**
Refounding Primary Health Care: Towards a new model for Mexico
Luis Enrique Pérez Silva
- 139 **Coordinación del cuidado en la Atención Primaria de Salud: un análisis desde múltiples contextos**
Care coordination in Primary Health Care: an analysis from multiple contexts
Luana Camargo Brito
Leonardo Carnut
Lúcia Dias da Silva Guerra

ENSAYOS DEL NÚMERO 36

- 149 **Cuerpo y palabra. El testimonio de personas con VIH como dispositivo de subjetivación**
Body and Word: The Testimony of People with HIV as an Apparatus of Subjectivation
Alberto Alejandro Medina Jiménez

Editorial del número 36

Revista Salud Problema

El año 2024 concluye con varios acontecimientos significativos y poco alentadores para el futuro de la salud y la vida en América Latina y el mundo entero. Entre los más preocupantes podemos mencionar el continuo e impune genocidio palestino y el regreso de Donald Trump a la presidencia de Estados Unidos, fenómenos que desde una lectura conjunta auguran debilitamiento del multilateralismo y la cooperación internacional, que se ha definido ya como un objetivo de las derechas y ultraderechas en el mundo. Las políticas de D. Trump implican, por ejemplo, la suspensión de fondos y ayuda humanitaria para países y sistemas sanitarios que son totalmente dependientes de la ayuda externa y un grave desfinanciamiento de la OMS. Es por tanto un momento de crisis para la salud pública y para las relaciones entre países.

En este contexto, desde *Salud Problema* reafirmamos que la salud es un derecho fundamental, y que las múltiples crisis —políticas, económicas, culturales y humanas— que atravesamos no deben ser motivo para perder la esperanza, y mucho menos para debilitar nuestra fuerza colectiva. Hacemos propio el llamado del Movimiento por la Salud de los Pueblos a sostener la esperanza, el optimismo, la resistencia, la solidaridad y la paz¹. Hoy más que nunca, es urgente fortalecer la articulación entre salud, justicia social y lucha contra la desigualdad. Nuestra praxis teórica —que se expresa en el análisis de los procesos de determinación social de la salud, así como de las políticas y prácticas sanitarias— constituye un espacio crítico para la reflexión y la acción transformadora.

Los principios que sustentaron el modelo de Atención Primaria de Salud en la Declaración de Alma-Ata (1978) mantienen plena vigencia como base normativa y estratégica para la organización de sistemas de salud orientados a la equidad. Su reafirmación en la Declaración de Astaná (2018) constituye un acuerdo internacional que actualiza dichos compromisos frente a los desafíos contemporáneos. El horizonte ético-político de transformación de los sistemas de salud que considere la universalidad, la participación social, la inclusión y la equidad continúa orientando el quehacer de la medicina social y la salud colectiva. Por eso, con esperanza, presentamos en este número el dossier temático “Atención Primaria de Salud (APS)”, convocado por la mesa directiva 2023-2025 de ALAMES México como editora invitada: Ana Rita Castro, María del Carmen Piña Ariza, David Benítez Valladares, Laura Rojas Ortega, Camila Pereira Abagaro, Irlanda Libertad Mendoza Pineda, Adrián Palma Patricio y Ramón C. Rocha-Manilla. El conjunto de trabajos que se presentan en esta compilación aporta a la discusión conceptual y

¹ Para más información, se recomienda leer: People’s Health Movement (6 de abril de 2025). Mientras el mundo está en crisis, el Movimiento por la Salud de los Pueblos hace un llamado a la esperanza, al optimismo, a la resistencia, a la solidaridad y a la paz. <https://phmovement.org/es/mientras-el-mundo-esta-en-crisis-el-movimiento-por-la-salud-de-los-pueblos-hace-un-llamado-la>

metodológica sobre la APS y recupera procesos concretos sobre este modelo, particularmente en el caso mexicano.

Adicionalmente, este número incluye el artículo titulado “*Cuerpo y palabra. El testimonio de personas con VIH como dispositivo de subjetivación*” de Alberto Alejandro Medina Jiménez. El escrito nos propone un análisis de testimonios de personas con VIH como discursos que demarcan la forma en que los sujetos se enuncian, las modalidades de sujeción de los/as pacientes con las instituciones biomédicas y farmacológicas; y las estrategias de resistencia y apropiación que ellos/as realizan. Esto último, como una forma de disputar los sentidos sociales sobre el VIH.

Invitamos a la lectura puntual de los trabajos del Nro 36 de *Salud Problema* y a la generación de nuevas reflexiones y propuestas de acción del pensamiento crítico en salud latinoamericano.

Soledad Rojas Rajs

Agustín Pernia

Comité Editorial de la Revista Salud Problema

Editorial del dossier

“Atención Primaria de Salud (APS)”

La Atención Primaria de Salud (APS) ha representado un anhelo global, y América Latina, incluyendo México, no ha sido la excepción. Desde su formalización en la Declaración de Alma-Ata en 1978, la APS ha suscitado variadas interpretaciones, lo que ha generado en ocasiones confusiones conceptuales y operativas en los diversos esfuerzos por encaminar los sistemas de salud hacia modelos basados en este enfoque. En este contexto, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES) México presenta este dossier con el objetivo de colocar en el centro del debate a la APS, para desentrañar su significado bajo un enfoque más inclusivo, costo-eficaz y efectivo que busca garantizar el mayor nivel de salud posible para las personas, familias y comunidades, tal como lo señala la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud. Esta perspectiva se centra en las necesidades de las personas, ofreciendo una atención lo más cercana posible a sus entornos, abarcando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos; de allí que se destaque la integralidad como un principio clave de la APS.

En la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, la APS y la Medicina Social (MS)-Salud Colectiva(SC) están estrechamente relacionadas y comparten objetivos comunes al reconocer la influencia de aspectos como las condiciones de vida y de trabajo; el acceso a servicios básicos como agua, saneamiento y vivienda; el acceso a la educación e información; las redes de apoyo social y las políticas públicas, por mencionar, como dimensiones que inciden en la salud y el bienestar de individuos y colectivos.

Ante los diversos desafíos que enfrenta el sistema de salud público mexicano, resultado de años de desmantelamiento por parte del proyecto neoliberal y sus políticas de mercado, el país se encuentra en una etapa de transición en la búsqueda de fortalecer el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud mediante la implementación de un modelo basado en la APS: IMSS-Bienestar. Este modelo tiene como objetivo en particular brindar una atención médica integral y continua, con el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como constituir y consolidar un servicio nacional de salud pública que coordine las acciones de salud colectiva y comunitaria como un componente clave. Adicionalmente, se contempla la creación de unidades de salud móviles para llegar a zonas de difícil acceso, especialmente rurales y marginadas; la mejora de infraestructura y equipamiento de las unidades de salud, así como la incorporación de tecnologías de la información para una óptima atención, continua y de seguimiento. A su vez, el desarrollo de intervenciones que aborden las causas subyacentes de las enfermedades, trabajando en colaboración con la comunidad para promover la salud y el bienestar, fomentando su participación activa en la planificación y toma de decisiones en salud, reconociéndolos como sujetos de derechos y no simples beneficiarios.

En este contexto, el presente dossier temático se centra en tres ejes fundamentales: 1) discusión conceptual y metodológica de la APS, 2) actores, procesos y experiencias de la APS y 3) alianzas y alcances de la APS en los contextos mundial, nacional y local, con un énfasis particular en el caso mexicano.

Para ilustrar estos ejes, este dossier inicia con el texto Atención Primaria de la Salud para la primera infancia: elementos de una política desarrollada en un gobierno local de la Ciudad de México, 2018-2021 de Edgar Rodolfo Bautista Jiménez, Miriam Jacqueline Villarruel Ortega, Patricia Zavaleta Ramírez, Fabiola Soto Villaseñor y Rolando Rivera González. El objetivo fue analizar la implementación de una política pública dirigida a la primera infancia en la alcaldía Tlalpan, de la Ciudad de México, a través de tres estrategias: el Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, la creación del Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl y la Vinculación Interinstitucional e Intersectorial necesaria para llevar a cabo las acciones derivadas de las dos primeras estrategias. Las personas autoras destacan la viabilidad de fortalecer el derecho a la salud infantil mediante la articulación interinstitucional y un enfoque basado en la APS, la Salud Colectiva y el cuidado.

En el artículo ¿Derecho o caridad?: imaginarios médicos sobre migración y salud en consultorios anexos a farmacias en Monterrey, Nuevo León de Yetzi Rosales Martínez, analiza los imaginarios sociales de un grupo de médicos y médicas que laboran en Consultorios Anexos a Farmacias en Monterrey, Nuevo León, en torno al fenómeno migratorio y el derecho de las personas migrantes a recibir atención en salud. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal exploratorio con abordaje cualitativo, concluyendo que la consulta médica está condicionada por estereotipos sobre las personas migrantes en torno a su nacionalidad, estatus migratorio y tiempos de estancia en la ciudad supeditando ciertas actitudes de solidaridad o rechazo del personal médico. Este artículo muestra la importancia de un sistema de salud basado en la APS, donde el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud este en el centro para que todas las personas puedan recibir una atención de calidad y digna.

Por su parte, el artículo Salud en tu Vida, Espacio de APS para la Formación y Práctica de Profesionales de Enfermería de Thamires Piovezan Borges y Edgar C. Jarillo Soto, aterriza la propuesta de APS en el campo de prácticas del personal de salud de Enfermería. A partir del modelo de atención Salud en tu vida de la Ciudad de México y el MAS-Bienestar, realiza el análisis coyuntural siguiendo a Souza (2004) y el análisis de contenido de Bardin (2006), a través de las categorías: hechos, actores, impactos y estrategias necesarias para fortalecer el sistema de salud desde una perspectiva integral y equitativa, haciendo énfasis en el campo de profesionales de Enfermería, a través de la formación-prácticas y destacando su rol clave bajo este enfoque.

Siguiendo con la línea de APS y formación, el artículo Salud comunitaria y enfermería: Aplicación del Modelo Calgary en una familia de un pueblo originario de Xochimilco desde el

enfoque de APS, Ana Cristina Escárcega Figueroa, Raúl Bautista Palillero, Jennifer Viridiana Romero Uribe, Liliana González Juárez y Ana Rita Castro, exponen un caso familiar que bajo el enfoque de la Atención Primaria de Salud, la salud comunitaria en conjunto con la práctica de la enfermería comunitaria con énfasis en la familia, podrían constituirse en una estrategia muy potente y sólida a incorporar en el sistema de salud mexicano, sobre todo en el primer nivel de atención, que complementará el trabajo que se realiza en la consulta individual a aquellas personas con enfermedades crónicas no transmisibles y un seguimiento adecuado y oportuno. Este caso refleja la importancia de ampliar la participación de enfermería en la comunidad para fortalecer la salud familiar y mejorar el bienestar en contextos rurales y de alta vulnerabilidad.

Asimismo, para analizar la APS en contextos rurales el artículo Atención Primaria de la Salud como activo frente a la vulnerabilidad en salud de las personas con discapacidad de las zonas rurales de Nuevo León, de Karla Isabel Juárez Ibarra y José Manuel Rangel Esquivel, profundiza desde un enfoque etnográfico complementado con la aplicación de un cuestionario sobre los determinantes sociales de la salud a hogares, en los desafíos de acceso, aceptabilidad y disponibilidad de servicios que enfrentan las familias con personas con discapacidad, resaltando la resiliencia de las comunidades y el valor de la medicina tradicional como un recurso para mitigar las inequidades en salud. Plantea la importancia de la APS para un ejercicio concreto del derecho a la salud, para que este grupo de personas no sufra de estigmatizaciones ni discriminaciones y se pueda de igual manera sensibilizar y capacitar al personal de salud en este sentido.

En relación con los dos ensayos que integran este dossier, apuntamos al primero, Refundación de la Atención Primaria de Salud: hacia un nuevo modelo para México, de Luis Enrique Pérez Silva, que propone una reflexión crítica sobre la necesidad de descolonizar los sistemas de salud en México y avanzar hacia un modelo que integre la territorialidad, la participación social auténtica y la construcción de soberanía sanitaria en el contexto de la cuarta transformación. Argumenta que vale la pena insistir en el término de APS y resignificarlo, devolviéndole su esencia transformadora y desvinculándolo de visiones reduccionistas que lo asocian exclusivamente a la atención básica para pobres o a estrategias medicalizadas, proponiendo el cuidado integral de la salud y la vida.

El segundo, titulado Coordinación del cuidado en la Atención Primaria de Salud: un análisis desde múltiples contextos, de Luana Camargo Brito, Leonardo Carnut, Lúcia Dias da Silva Guerra, analiza la coordinación del cuidado desde las siguientes perspectivas: integración de los servicios de salud, continuidad asistencial, comunicación efectiva, centralidad en el paciente y la gestión proactiva del cuidado. Desde una mirada crítica y reflexiva, la coordinación del cuidado se reafirma como un pilar indispensable para la consolidación de sistemas de salud más efectivos, equitativos y sostenibles.

En síntesis, los artículos y ensayos que componen este dossier subrayan la necesidad de un enfoque integral y hasta transdisciplinario en la APS, que integre los saberes comunitarios

y proporcione los medios necesarios a las personas, familias y comunidades para un mayor control de su salud, mediante su participación activa en la planificación y gestión de su propia salud, trascendiendo la visión puramente biomédica. El camino hacia un sistema de salud universal en México, con la APS como eje central, requiere de un esfuerzo colectivo y continuo. Confiamos que este dossier aporta su granito al debate en favor de estrategias efectivas que fortalezcan el derecho a la salud de manera amplia y también el derecho a la protección de la salud en México a través de la consolidación de la APS en el país y por qué no, en la región.

Mesa Directiva 2023-2025
Asociación Latinoamericana de Medicina Social-México
Editora invitada

Autores y Autoras

EDGAR RODOLFO BAUTISTA JIMÉNEZ

Es Médico Cirujano, maestro en Medicina Social y doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Es Investigador por México de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación. Sus principales líneas de investigación son: Promoción de la salud, derecho a la salud, biopolítica, salud de los pueblos y comunidades indígenas. Correo electrónico de contacto: edgar.bautista@secihti.mx

MIRIAM JACQUELINE VILLARRUEL ORTEGA

Licenciada en Desarrollo y Gestión Interculturales por la Universidad Autónoma de México. Maestra en Rehabilitación Neurológica por la Universidad Autónoma Metropolitana. Es asistente de Investigación del Departamento de Atención a la Salud de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM Xochimilco. Sus principales líneas de investigación son: Cuidados, Evaluación del Neurodesarrollo, Políticas en Salud para la Primera Infancia, Promoción de la Salud. Correo electrónico de contacto: mvillarruel@correo.xoc.uam.mx

PATRICIA ZA VALETA RAMÍREZ

Médica Cirujana egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana. Psiquiatra de adultos y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia por la Universidad Nacional Autónoma de México, con sede en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz. Maestra en Salud Mental Pública por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente Jefa e investigadora de la División de Investigación del Hospital Psiquiá-

trico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Profesora de pregrado de la licenciatura en medicina, del Programa de Especialidades Médicas en Psiquiatría Infantil y del Posgrado en Trastornos del Espectro Autista de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico de contacto: zavale-tarp@gmail.com

FABIOLA SOTO VILLASEÑOR

Licenciada en Educación Especial. Maestra en Rehabilitación Neurológica. Profesora del Departamento de Atención a la Salud. Coordinadora de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM Xochimilco. Sus principales líneas de investigación son: Desarrollo Infantil, Desarrollo Cognitivo, Alteraciones del Neurodesarrollo, Programas de Intervención Temprana, Evaluación de Programas de Intervención. Correo electrónico de contacto: fsoto@correo.xoc.uam.mx

ROLANDO RIVERA GONZÁLEZ

Médico con estudios de postgrado en pediatría, neurodesarrollo, epidemiología y antropología. Es Investigador y Jefe del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional del Pediatría. Académico de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Sus principales líneas de investigación son: Exploración Neurológica, Vigilancia y promoción del desarrollo, Evaluación Infantil, Psicometría, Prevención de la discapacidad en la infancia, Interacción Cuidador niño y Construcción de ciudadanía y parentalidad democrática. Correo electrónico de contacto: rolandorivera66@gmail.com

YETZI ROSALES MARTÍNEZ

Socióloga por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), maestra en Ciencias de la Salud con concentración en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública y doctora en Ciencias Sociales con Especialidad en Estudios Regionales por El Colegio de la Frontera Norte (El Colef). Actualmente, trabaja en El Colef, Unidad Monterrey, como profesora-investigadora en la línea de migración y salud en el contexto México-Estados Unidos. Sus principales líneas de investigación se enfocan en la relación entre los sistemas y políticas de salud y el acceso a servicios de salud de la población migrante y refugiada en situación de vulnerabilidad. Correo electrónico de contacto: romy@colef.mx

THAMIRES PIOVEZAN BORGES

Licenciada en Enfermería (2007-2011) por la Universidad de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Cuenta con una especialización en Enfermería Ocupacional (2012-2013) por la misma Universidad; y en Salud Colectiva y Educación en la Salud (2012-2014) por la Universidad Federal del Rio Grande do Sul, Brasil. Obtuvo el grado de Maestra en Medicina Social (2019-2021) y actualmente cursa el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (2022-2025) en la Universidad Autónoma Metropolitana de México, Unidad Xochimilco. Sus principales líneas de investigación son: políticas y prácticas en salud, con énfasis en los sistemas de salud y modelos de atención, especialmente en la Atención Primaria de la Salud. Correo electrónico de contacto: thamirespiovezan@hotmail.com

EDGAR C. JARILLO SOTO

Médico, Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Profesor-Investigador Titular C de tiempo

completo en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM. Investigador Nacional nivel II, perfil PRO-DEP. Sus proyectos de trabajo académico están en la línea de investigación formación y práctica de profesionales de la salud y diseño curricular en ciencias de la salud. Correo electrónico de contacto: jsec6322@correo.xoc.uam.mx

ANA CRISTINA ESCARCEGA FIGUEROA

Licenciada en Enfermería y Obstetricia, titulada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestrante de Enfermería del programa de Maestría y Doctorado la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Sus principales líneas de investigación tienen que ver con los estudios cualitativos en enfermeras escolares, enfermería comunitaria y práctica independiente de enfermería, con área de conocimiento en Ciencias Socio Humanísticas. Correo electrónico de contacto: escarcegafigueroaana@gmail.com

RAÚL BAUTISTA PALILLERO

Licenciado en Enfermería y Obstetricia, maestrante en el Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería (PMyDE-UNAM). Sus principales líneas de investigación son: ciencias de la salud enfocado al Adulto Mayor con Diabetes Tipo 2 e intervenciones en Salud Digital y enfermería. Correo electrónico de contacto: desavenir@gmail.com

JENNIFER VIRIDIANA ROMERO URIBE

Licenciatura en Enfermería otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM). Maestrante en Ciencias de la Salud adscrita al Programa de Maestría y Doctorado de Enfermería (PMyDE-UNAM). Sus principales líneas de investigación tienen que ver con los estudios cualitativos enfocados en el autocuidado,

resiliencia y salud mental. Correo electrónico de contacto: leviridianauribe@gmail.com

LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ

Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados por la Universidad de Alicante, España. Es profesora titular de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus líneas de investigación son: Cuidado a la Vida y la Salud de la Persona y sub línea Cuidado en las Transiciones de Vida. Correo electrónico de contacto: lglliliana00@gmail.com

ANA RITA CASTRO

Licenciada en Ciencias Políticas y Administrativas por la Universidad Central de Venezuela. Especialista en “Economía e Gestão das Relações de Trabalho”, por la Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. Maestra en Estudios Latinoamericanos, por la UNAM y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Actualmente, es Responsable Académica del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), en San Luis Tlaxialtemalco, en Xochimilco, instancia de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO), de la UNAM, en la cual también es Profesora de Carrera de Tiempo Completo Asociado “C”. Sus líneas de investigación son derecho a la salud, salud comunitaria y colaboración interprofesional. Correo electrónico de contacto: castroanarita@gmail.com

KARLA ISABEL JUÁREZ IBARRA

Cirujano dentista, con Maestría en odontología Avanzada, Doctorado en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable, en el Ins-

tituto de Investigaciones Sociales (iinso) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Profesora de tiempo completo en la Facultad de Odontología-UANL. Sus principales líneas de investigación son: Determinación social del proceso salud-discapacidad-atención. Estudios de Discapacidad y zonas rurales. Odontología Multidisciplinaria en el área de pacientes medicamente comprometidos y o con discapacidad. Correo electrónico de contacto: karla.juarezibr@uanl.edu.mx

JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL.

Licenciado en Economía por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, maestro en Ciencias con orientación en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León; y doctor en Estudios Científico-Sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Profesor-investigador de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Coordinador de la Maestría en Ciencias Sociales con Orientación en Desarrollo Sustentable. Sus líneas de investigación son: Políticas públicas, salud y pobreza; Determinantes sociales de la salud; Curso de vida, cuidados y salud. Correo electrónico de contacto: josemre@gmail.com

LUIS ENRIQUE PÉREZ SILVA

Maestro en Ciencias en el área de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y doctorante en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Es académico en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-UNAM). Investigador del Núcleo México “Refundación del Sistemas de Salud” dentro del Grupo de Trabajo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) Salud interna-

cional y soberanía sanitaria. Su principal línea de investigación es la refundación de los Sistemas de Salud. Correo electrónico de contacto: enriquep.silva@gmail.com

LUANA CAMARGO BRITO

Graduada en Medicina por la Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Especialista en Medicina de Familia y Comunidad por el Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) de la Universidade Estadual de Montes Claros. Máster en Salud de la Familia por la Universidade Federal de Uberlândia (UFU) a través del programa PROFSAUDE de la Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) y de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Doctoranda en Salud Colectiva por la Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Sus principales líneas de investigación son: Gestión del trabajo y del cuidado en salud; Medicina Familiar y Comunitaria; Coordinación del Cuidado en la Atención Primaria de Salud; Diversidad sexual y de género. Correo electrónico: luacamargobrito@gmail.com

LEONARDO CARNUT

Graduado en Odontología (UPE, 2006) y en Ciencias Sociales (UFPE, 2014). Máster en Odontología/Salud Colectiva (UPE, 2011), en Educación en las Profesiones de la Salud (PUC-SP, 2019) y en Bioética (UMSA, Argentina, 2021). Doctor en Salud Pública/Política, Gestión y Salud (FSP-USP, 2015). Posee Posdoctorado en Sociología (ICSyH-BUAP y CEMOS, México, 2022-2024) y en Salud Pública/Ciencias Sociales y Humanas (FSP-USP y UNLP, Argentina, 2016-2017). Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (DMP-FMUSP). Sus principales líneas de investigación son: Pensamiento

político y económico en salud; Estado, capital y fascismos latinoamericanos; Pedagogías críticas y educación política en salud; Economía política de la salud. Correo electrónico: leonardo.carnut@fm.usp.br

LÚCIA DIAS DA SILVA GUERRA

Graduada en Nutrición por la Universidad Federal de Mato Grosso (2008) y Máster en Salud Colectiva por el Instituto de Salud Colectiva de la misma universidad (2011). Doctora en Ciencias por el Programa de Nutrición en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la USP (FSP-USP) (2017). Realizó una especialización en Derecho Sanitario y Defensa en Salud por la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo (Fundap) y FSP-USP (2017). Profesora en el Centro Universitario Anhanguera Sao Paulo del Curso de Nutrición, Posdoctorado en Salud Global y Sostenibilidad por la Universidad de São Paulo (USP) (2020). Investigadora en el Observatorio de Economía Política de la Salud en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo. Sus principales líneas de investigación son: Alimentación y Nutrición en Salud Colectiva; Vigilancia en Salud; Medicina de Familia y Comunidad; Economía Ecológica. Correo electrónico de contacto: ludsguerra@gmail.com

ALBERTO ALEJANDRO MEDINA JIMÉNEZ

Licenciado en Psicología, maestro en Psicología social de grupos e instituciones y doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Profesor Asociado en el Departamento de Educación y Comunicación en la UAM Xochimilco. Sus líneas de investigación son: Corporalidad, salud y sexualidad. Construcción del conocimiento. Intervención psicosocial. Correo electrónico de contacto: amedinaj@correo.xoc.uam.mx

Atención Primaria de la Salud para la primera infancia: elementos de una política desarrollada en un gobierno local de la Ciudad de México, 2018-2021

Edgar Rodolfo Bautista Jiménez* • Miriam Jacqueline Villarruel Ortega**
Patricia Zavaleta Ramírez*** • Fabiola Soto Villaseñor****
Rolando Rivera González*****

RESUMEN

En México, en el año 2018, dio inicio un proceso de transformación nacional. Dicho proyecto influyó en las políticas de salud, adquiriendo matices específicos en los niveles estatal y local. El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer los elementos teórico-metodológicos y los resultados de una política pública dirigida a la primera infancia, desarrollada entre 2018 y 2021 en un gobierno local de la Ciudad de México. Esta experiencia se llevó a cabo desde los planteamientos de la Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada planteada a nivel nacional y guiada por los principios de la Salud Colectiva. Entre los principales resultados destacan la creación de un Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil (Centro Xiltol), un programa social y un abordaje teórico metodológico para atender a la primera infancia basado en la APS, el cuidado y la participación comunitaria. Estos logros, requirieron, la articulación de instituciones federales, estatales y locales que, bajo un enfoque basado en derechos, avanzaron en la garantía del derecho a la salud y a una vida plena para las infancias de la demarcación.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud en México, Políticas de Salud, Interés Superior de la Niñez, Desarrollo Infantil, Biopolítica Afirmativa.

* Secretaría de Ciencia Humanidades Tecnología e Innovación. Correo electrónico de contacto: edgar.bautista@secihti.mx

** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: mvillarruel@correo.xoc.uam.mx

*** Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Correo electrónico de contacto: zavaletarp@gmail.com

**** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo

electrónico de contacto: fsoto@correo.xoc.uam.mx

***** Instituto Nacional de Pediatría y Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: rolandorivera66@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de enero de 2025.

Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2025.

Primary Health Care for Early Childhood: Elements of a Policy Developed in a Local Government of Mexico City, 2018-2021

ABSTRACT

In Mexico, a process of national transformation began in 2018. This project influenced health policies, acquiring specific nuances at the state and local levels. The objective of this paper is to present the theoretical-methodological elements and results of a public policy aimed at early childhood, developed between 2018 and 2021 in a local government of Mexico City. This experience was carried out from the perspective of national Primary Health Care and Collective Health. The main outcomes include the establishment of a Center for the Promotion and Care of Child Development (Centro Xiltol), a social program, and a theoretical-methodological approach to address early childhood development based on primary health care (PHC), caregiving and community participation. These achievements required the coordination of federal, state, and local institutions, which, under a rights-based approach, made progress in ensuring the right to health and a full life for children in the region.

KEYWORDS: Primary Health Care in Mexico, Health Policies, Best Interests of the Child, Child Development, and Affirmative Biopolitics.

Introducción

Las políticas de salud pública en México, a partir de la segunda mitad del siglo XX, han abordado los problemas de salud desde una perspectiva basada en la *enfermología* pública que tiene como presupuestos filosóficos la enfermedad y la muerte, privilegia el método positivista para explicar el riesgo de enfermar y reconoce el poder del Estado como fuerza privilegiada para prevenir la enfermedad (Granda, 2001, 2004), en consecuencia, la resolución de los problemas se ha realizado desde la atención biomédica y la prestación de servicios de salud, que a partir de la década de 1980 se vieron afectadas por reformas neoliberales al sistema de salud mexicano (López, 2017; López, y Jarillo, 2017). Las políticas públicas de salud dirigidas a la primera infancia no han sido ajenas a estos planteamientos de atención - desatención (Hersch y Salamanca, 2022).

El reconocimiento de la crisis del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1988) y la emergencia de enfoques como la perspectiva de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948; 2000), la Atención Primaria de la Salud (APS) (ONU, 1978), la Promoción de la Salud (OMS, 1986) y la Determinación Social de la Salud (Laurell, 1981) han tenido un leve reconocimiento en las últimas décadas en el ámbito de las agendas nacional e internacional. El triunfo electoral de la izquierda en México del año 2018 (a nivel federal, estatal en la Ciudad de México y local en la alcaldía Tlalpan), permitió que dichos modelos y estrategias emergentes se convertirán en pilares de la política en salud del país: en un primer momento, con la propuesta de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada conocida como APS-I Mx (SSA, 2019), y en un

segundo momento, con la creación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MÁS-Bienestar) (DOF,2022; López y Delgado, 2024).

En la primera parte de este texto se exponen los elementos teóricos entre los que destacan la Atención Primaria a la Salud, la Salud Colectiva y la biopolítica. En la segunda parte se presentan elementos del diseño e implementación de una política de Atención Primaria de la Salud dirigida a la primera infancia desarrollada entre 2018 y 2021 por el gobierno local de la Alcaldía Tlalpan, en la Ciudad de México. Por último, se presentan conceptos emergentes de la política implementada que posibilitan imaginar políticas públicas basadas en las personas.

Esta iniciativa local, buscó alinearse y llevar a cabo las políticas federales, agregando un sello particular, los postulados de la Salud Colectiva, que se centran en presupuestos filosóficos que incluyen la morbilidad y mortalidad, pero van más allá, ponen atención en la salud, el cuidado y la vida, con la intención de crear políticas *con* y *para* la población, no *sobre* la población, por lo que a las infancias y sus cuidadores, se les concibe como constructores de conocimiento, salud y ciudadanía.

Fundamentos teóricos

Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada

La APS desarrollada en 1a década de 1970, ha transitado por distintas interpretaciones y caminos y se bifurca en dos grandes corrientes: una APS restringida (APS-R), promovida por UNICEF basada en el aseguramiento y paquetes restringidos de servicios costo-efectivos, con énfasis

en la atención médica o la persona, y otra, la APS Integral e integrada (APS-I), promovida por la OPS en 2009 y desarrollada particularmente en América Latina, manteniendo los planteamientos originales de la declaración de Alma Ata como la aspiración de lograr el acceso universal, efectivo y equitativo a los servicios de salud (SSA, 2019).

La APS-I es una política de salud territorializada que cuenta con fuertes componentes de organización y participación social, se centra en la persona, la familia y la comunidad, parte de “las necesidades de salud de la población, considera los determinantes sociales, con énfasis en la educación promoción y prevención, contando con una red de prestación de servicios con la coordinación asistencial entre el primer nivel de atención y los servicios especializados” (SSA, 2019:21).

En México, se transita de una APS - R a una APS-I a partir del año 2018 generando la APS - I MX que contempla aspectos particulares, dicha estrategia “engloba y amplifica los trabajos de los actores y acciones que se encuentran destinados para la atención de la salud, mediante el uso de los bienes e insumos necesarios para diagnosticar y tratar los padecimientos de salud” (SSA,2019:42). El modelo de APS - I MX “inicia desde el primer contacto con la persona para la prevención y promoción para conservar la salud y una vez que la condición de salud lo requiere, continúa con la atención ambulatoria primaria, para aumentar según la complejidad y especialización” (ver figura 1) (SSA, 2019: 42).

Para este modelo, es crucial el trabajo coordinado e integral de la comunidad y del sector salud, así como contar con las redes y la participación constante de los agentes de salud, dicho trabajo se realizaría a partir de los Distritos de Salud (DS) y

Figura 1. Modelo de Atención APS-I Mx, estrategia mexicana.

Fuente: SSA (2019:42).

promoviendo un cambio que implica pasar de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo de base comunitaria:

La nueva propuesta es consolidar el tránsito de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo cuya base se conforme en la comunidad con mayor énfasis en las acciones de promoción y prevención, en el mismo sentido de que promueve y potencializa la resolución ambulatoria de los problemas de salud al fortalecer la atención de primer nivel, con mayor capacidad resolutoria, sin descuidar la atención hospitalaria (SSA, 2019:48).

El modelo ubica a la persona como parte fundamental de la familia, la familia de la comunidad y la comunidad como soporte de la persona, por lo que se plantea articular e integrar el enfoque familiar y comunitario como base del sistema de salud, fortaleciendo la acción comunitaria y la participación de promotores de salud (SSA, 2019). A este modelo se agrega el enfoque en las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la cual se establecen las bases de una comunicación y códigos comprensibles entre el personal de salud y la población (2019).

Salud Colectiva y Salud Pública convencional

La Salud Colectiva (SC) es una corriente de pensamiento crítico en salud que se desarrolló a partir de la década de 1970, es un campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, es un “conjunto articulado de prácticas, técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación conformadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud” (Granda, 2004). La SC también es conocida como Medicina Social (MS), a la que en el caso de México se le considera su núcleo académico fundacional (Jarillo y López, 2018). En otras latitudes, se le describe como “Salud Pública Alternativa”, esto en referencia a la necesidad de distanciarse e ir más allá del horizonte de la Salud Pública Convencional.

Dentro del campo académico ha consolidado un conjunto de planteamientos conceptuales sobre los problemas de la salud y enfermedad y la respuesta social generada para enfrentarlos, en ese sentido, la determinación social representa “el pilar más sólido ubicado en el centro del núcleo explicativo e interpretativo tanto de las condicio-

Tabla 1. Diferencias entre la Salud Pública Convencional y la Salud Colectiva

Características	Salud Pública Convencional	Salud Colectiva
Presupuesto filosófico	La enfermedad y la muerte	La salud, el cuidado y la vida
Método y tradición	Positivista, medicina basada en la evidencia, estructural funcionalista	Teoría crítica, hermenéutica, Materialismo histórico
Epidemiología	Clásica o tradicional	Crítica y sociocultural
Papel del estado	Poder privilegiado	Participación de la población
Salubrista	Interventor técnico normativo	Intérprete mediador
Teoría de la causalidad	Conjunción de factores de riesgo	Subsunción de lo biológico a lo social
Pedagogía	Convencional o dominante	Crítica y popular
Promoción de la salud	De mercado, oficial y empoderante	Emancipadora y ciudadana

Fuente: Elaboración propia a partir de Granda (2001, 2004).

nes de salud enfermedad colectiva, como de las políticas y prácticas en salud de la sociedad” (Jarrillo y López, 2018: 10). En la Tabla 1 se describen algunas diferencias entre las que destacan sus presupuestos filosóficos, metodologías, noción de salubrista y papel del estado en la resolución de los problemas de salud. Es importante mencionar que ambas corrientes de pensamiento han realizado grandes aportes a la salud poblacional, que en algunos casos hacen sinergia y en otros son antagónicos, sobre todo cuando a nombre de la ciencia, la biomedicina y/o la Medicina Basada en la Evidencia, se desdeñan y subordinan otras formas de cuidar, atender la enfermedad y sanar.

La siguiente caracterización realizada por el Dr. Granda, describe el sentido de la Salud Colectiva:

Es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las pa-

labras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear “aquello” que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos (2004, párr. 80).

El cuerpo conceptual de la salud colectiva ha adquirido fortaleza y se ha constituido progresivamente en una práctica académica, ideológica

y política con presencia y reconocimiento en diversos ámbitos, lo que ha implicado el fortalecimiento de la salud de las colectividades (Jarillo y López, 2018).

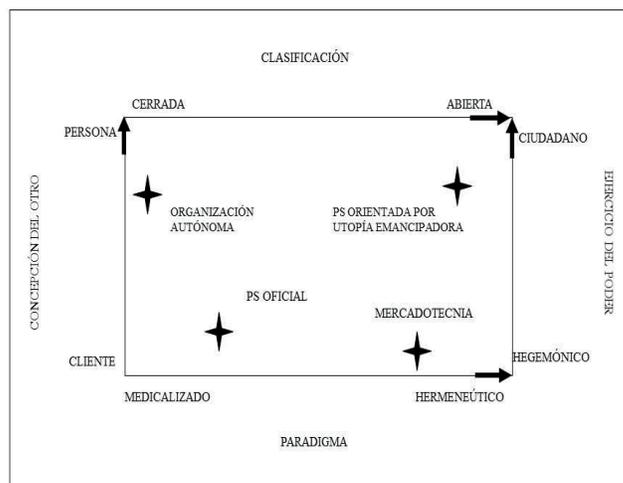
La política pública y las personas “beneficiarias”

Cuando se realizan políticas públicas, diversas disciplinas han puesto la mirada en la forma en que se concibe a las personas beneficiarias de las políticas. La perspectiva de la promoción de la salud emancipadora plantea que quienes realizan los programas o políticas miran al otro, lo piensan, lo conciben en relación consigo mismo, de tal manera que “en la concepción del otro, el agente que lo concibe se está mirando a sí mismo y a la manera de existir en el mundo”. Para el caso de la Promoción de la salud, el otro puede ser concebido como cliente, población, usuario, paciente, derechohabiente, persona, familiar, ciudadano u otro, cada una de esas concepciones corresponde a una concepción de sí mismo, vendedor, organi-

zador, trabajador, prestador de servicios, personal de salud” (Chapela, 2010:156).

Es poco frecuente que las personas o instituciones que realizan intervenciones en promoción de la salud, se cuestionen el concepto del otro (cliente-persona), el paradigma desde el cual miran el mundo (medicalizado-hermenéutico), la forma de clasificar (cerrada-abierta) y el ejercicio de poder (hegemónico-ciudadano) (ver Diagrama 1). Para este último tópico, se pueden ilustrar concepciones polares sobre cómo se relacionan con el poder: se validan, fomentan y participan en la acumulación del poder hegemónico o fomentan y participan en la construcción de un poder ciudadano, en donde “los agentes sociales estén participando en la construcción de la ciudad, el espacio común en donde las tecnologías del yo están construidas mediante procesos reflexivos, ejercicio de las prácticas de la libertad, el cuidado de sí y por ende el cuidado del otro” (Chapela, 2010: 157).

Diagrama 1. Región epistémica de distintas prácticas de promoción de la salud



Fuente: Chapela modificado (2010: 157).

Esta clasificación se encuentra en el contexto de una discusión abierta sobre la manera de entender y practicar la promoción de la salud, reconoce a la carta de Ottawa como el referente más importante a nivel internacional (OMS, 1986), No obstante, reconocemos las potencialidades y limitaciones de las acciones. Ya que en la medida en qué se avanza en la claridad teórica, se despliegan acciones en diversos niveles y dominios de la realidad, en el cuadro 1 se presentan algunas clases de promoción de la salud y sus dimensiones a partir de las cuales se clasifica la PS, entre las que destacan la naturaleza de conocimiento y de la sociedad, el momento histórico, el paradigma, la concepción de la otredad y las formas de ejercicio del poder.

Biopolítica afirmativa y creación de nuevas instituciones

Otro referente fue el de la filosofía política, específicamente el de la Biopolítica Afirmativa (Esposito, 2009, 2012, 2013; Bautista, López y Soto, 2018). Esta noción, tiene como antecedente el biopoder, que sitúa a la política como un asunto del poder sobre la vida y describe los mecanismos por medio de los cuales se normalizan y regulan los rasgos biológicos de la especie

humana (Foucault, 2001). El biopoder puede y debe ser ubicado en tres grandes campos: saber, poder y subjetivación, que se interrelacionan entre sí, de tal manera que no puede haber biopolítica sin una tecnología de saber y un ejercicio de un tipo de poder en un momento determinado. Este poder-saber produce ciertos sujetos propios de un espacio, tiempo y realidad concreta. Así, la institución es el lugar eminente donde el ejercicio de poder es condición de posibilidad de un saber, donde el ejercicio del saber se convierte en un instrumento de poder. La institución como el hospital, se convierte en el lugar de encuentro de estratos y estrategias donde los archivos de saber y el diagrama del poder se mezclan e interpretan sin confundirse (Deleuze, 2016).

El Biopoder tiene dos formas de ejercer el poder sobre la vida, una dirigida al cuerpo individual denominada anatomopolítica y otra dirigida a la población, la biopolítica (Foucault, 2001, 2007, 2009). La biopolítica busca actuar sobre mecanismos globales, de tal manera que se obtengan resultados globales de equilibrio y regularidad, en donde se asegure la regulación de la vida y los procesos biológicos, es un poder de normalización que consiste en *hacer vivir y dejar morir*,

Cuadro 1. Distintos tipos de promoción de la salud y sus dimensiones de clasificación.

Autor, año	Caplan, 1993	Castro, 1997	Chapela, 2009
Dimensiones para clasificar la Promoción de la salud (PS)	Naturaleza del conocimiento y de la sociedad.	Momento histórico y paradigma.	Formas de ejercicio del poder, clasificación, y concepción de persona.
Clasificación de la PS.	PS tradicional, humanista, radical y humanista radical.	PS Higienista, higienista preventivo, epidemiológico - social y socio-sanitario y Transformador.	PS de Mercado, oficial, empoderante, emancipadora, y ciudadana.

Fuente: Bautista modificado (2013:56).

donde el poder es cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, de intervenir en la manera de vivir y sobre el cómo de la vida. Es el Estado el regulador de la vida, en donde se traslapan expresiones de ambas tecnologías de poder, las disciplinarias y reguladoras dirigidas al individuo conocidas como anatomopolítica y las dirigidas a la población (Foucault, 2001, 2008 2009).

La biopolítica tiene dos expresiones, la biopolítica negativa (BN) y la afirmativa (BA). En términos generales la BN es aquella que se relaciona con la vida desde el exterior, tomando posesión de ella, ejerciendo violencia como ocurrió con el nazismo y sigue ocurriendo en muchas partes del mundo. Su característica fundamental es relacionarse con la vida a través de la muerte, funciona despojando a la vida de su carácter formal, de su calificación, la reduce a simple materia viviente (zoe) dejando un pequeño resquicio para la vida calificada (bios), que sirve para atribuirle un valor diferente, subordinado a las que considera contienen un valor más bajo, de las que les otorga mayor importancia biológica (Esposito, 2005).

Una BA, es o debería ser lo contrario a la negativa, es la que establece una relación productiva entre el poder y los sujetos, la que, en lugar de someter y objetivar al sujeto, busca su expansión y potenciación. Desde esta perspectiva la norma no tiene que gobernar o discriminar a los sujetos desde lo alto de su generalidad, sino tiene que ser singular como cada vida individual a la que se refiere, conformando una política de la vida y no sobre la vida, donde cada vida individual es sujeto y no objeto de la política, donde la política es repensada mediante un concepto de vida que contempla toda su complejidad interna, sin reducirla a la simple materia biológica (Bautista y López; Bautista, López y Soto, 2018; Esposito,

2005). La BA, plantea la posibilidad y necesidad de construir nuevas instituciones, de poner la mirada en otros saberes, requiere no una politización de la vida sino una *vitalización de la política*, una identificación y desactivación de los mecanismos de control, prohibición y sumisión dirigidos a la población, y la activación de dispositivos, donde se reconozca el poder de los sujetos de la política, que faciliten la experiencia individual y colectiva. Requiere pensar y construir espacios de lo común, superando la dialéctica entre lo público y lo privado, creando un horizonte que concierne a la vida biológica y sus recursos de inteligencia, lenguaje deseos, necesidades e imaginarios simbólicos (Esposito, 2012).

II. Política de Atención Primaria a la Salud para la primera infancia en Tlalpan.

En esta sección se presenta una experiencia concreta de aplicación de los principios de la APS-I Mx en el contexto del gobierno local de la alcaldía Tlalpan en la gestión 2018-2021 (Aceves, 2018), se organiza en tres apartados: 1. Los antecedentes de políticas de salud para la primera infancia 2. El contexto sociodemográfico de la localidad y 3. Las estrategias diseñadas incluyen la creación del programa social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, la creación del Centro Promoción y Atención al Desarrollo Infantil, Xilotl y la Vinculación interinstitucional e intersectorial.

La política de APS para la primera infancia incluyó actividades de promoción, prevención y atención de la salud, con énfasis en el desarrollo temprano, las cuales fueron realizadas gracias a una articulación y suma de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales que permitieron avanzar hacia un modelo de atención comunitaria basado en el primer nivel de atención.

Antecedentes de políticas en salud para la primera infancia

El desarrollo infantil temprano (DIT) ha ganado un lugar preponderante en las agendas de salud y educación a nivel global, reconociéndose como una etapa crítica que determina el curso del desarrollo futuro de la niñez. En México, diversas iniciativas han surgido como respuesta a compromisos internacionales, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU, y a necesidades nacionales, culminando en estrategias multisectoriales que buscan garantizar los derechos de las niñas y niños desde su nacimiento.

Una de las primeras acciones en esta dirección fue el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, que incluyó como líneas de acción promover acciones de desarrollo infantil temprano y promover el desarrollo integral de los niños y las niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil (Diario Oficial de la Federación, 2013).

En este marco, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) diseñó un proyecto dirigido a la población infantil sin acceso a seguridad social, que consistió en un esquema de protección financiera para garantizar el acceso a servicios de salud. Dicho proyecto se estructuró en tres ejes principales: (1) el seguimiento del crecimiento y desarrollo de niñas y niños de 0 a 36 meses de edad, así como de mujeres embarazadas en comunidades vulnerables, a través del programa Prospera; (2) la atención médica de alta especialidad gratuita para niños con riesgos en su desarrollo; y (3) el desarrollo de un instrumento para la detección temprana de problemas

de desarrollo en menores de cinco años. Uno de los resultados de esta iniciativa fue el diseño del Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI). Este modelo se centró en la estimulación temprana, la estimulación prenatal y las prácticas de crianza (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017). Si bien se desarrolló en términos enunciativos, su principal debilidad fue la de no poder hacerse realidad y la escasa interacción entre la comunidad y los prestadores de servicios, dejando de lado la voz y acción a cuidadores y promotores de salud.

Además, se desarrolló la Evaluación del Desarrollo Infantil (Prueba EDI), acompañada de un manual para facilitadores orientado a capacitar al personal de salud en las 32 entidades federativas. Entre 2012 y 2015, el número de niños evaluados incrementó significativamente, pasando de cero en 2012 a 137,224 en 2013, 452,645 en 2014, y 224,848 en el primer semestre de 2015 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017).

En 2015 se establecieron los Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CReDI) en Michoacán, Nuevo León, Yucatán, Guerrero y Sinaloa, con el objetivo de ampliar el acceso a servicios especializados en estimulación temprana y atención integral al desarrollo infantil. Estos centros operan como nodos regionales que brindan capacitación al personal de salud, asesoran a familias y promueven buenas prácticas en crianza (O'Shea G., et al., 2015).

Otra iniciativa clave fue el Programa de Estancias Infantiles (PEI), creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2006, en respuesta a los compromisos de los ODS 2030. Este programa buscó apoyar a mujeres trabajadoras de bajos ingresos mediante el acceso a servicios de cuida-

do infantil de calidad, que incluían estimulación temprana, alimentación y cuidados integrales. Un estudio realizado en 2017 por el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, evidenció mejoras significativas en el desarrollo cognitivo, motor y social de los niños menores de tres años que asistieron a estas estancias, particularmente en aquellos que permanecieron por periodos prolongados (Vargas, et al. 2016).

La promulgación de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en 2014 marcó un punto de inflexión en las políticas de atención a la infancia. Esta ley estableció el derecho de los niños a un desarrollo integral desde su nacimiento, creando un marco legal para implementar políticas públicas integrales. Con este antecedente, se lanzó la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI) en 2021, con el objetivo de coordinar y articular las iniciativas existentes bajo un enfoque multisectorial basado en derechos humanos.

La ENAPI se enfocó en la promoción del desarrollo integral infantil, la coordinación interinstitucional, la participación comunitaria y la generación de información basada en evidencia. Entre sus ejes estratégicos destacan: (1) el fortalecimiento de las capacidades de las familias para promover el desarrollo infantil, (2) la detección temprana de riesgos en el desarrollo, (3) la garantía de acceso a servicios de salud y educación de calidad, y (4) el monitoreo y evaluación continua de los programas.

Desde su implementación, la ENAPI se enfocó en la coordinación entre programas y servicios, impulsando un enfoque integral y equitativo para la atención infantil. Sin embargo, persisten retos significativos, como la necesidad de fortalecer las

capacidades técnicas del personal de salud y educación, garantizar la sostenibilidad financiera de los programas y asegurar la participación activa de las comunidades.

Contexto sociodemográfico: Alcaldía Tlalpan.

La alcaldía Tlalpan, está situada al suroeste de la Ciudad de México, es la más grande de la capital, con 312.85 km² (20.94% de la superficie total). En el año 2020 tenía 699,928 habitantes (365,051 mujeres y 334,877 hombres) y registró 3,718 nacimientos en el 2022. La esperanza de vida fue de 71.93 años. La población infantil menor de 4 años era de 34,857, la población indígena sumaba 11,884 personas (1.7% del total), mientras que la afrodescendiente, 12,245 (Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva [IPDP], 2024).

Para el año 2020, el Índice de Desarrollo Social (IDS) de Tlalpan era bajo, igual que en el 2010, presentando una distribución desigual en su territorio. Tlalpan cuenta con 12 áreas de conservación patrimonial, dos zonas de monumentos históricos, y 11 pueblos y barrios originarios (IPDP,2024).

En salud, el 73% de la población (513,674 personas) tiene afiliación, de las cuales el 49% están en el IMSS. En educación, el grado más común es el nivel básico (46% de la población, 305,414 personas). En servicios básicos, la mayoría de los hogares en Tlalpan tiene electricidad (99.9%), drenaje (99.8%) y agua entubada (98.4%). Sin embargo, el 30.4% de los niños vive en casas donde el agua entubada está en patios exteriores, y el 33.4% carece de descarga directa de agua en la taza del baño. Además, el 5% de las viviendas con niños usan leña o carbón para cocinar. En seguridad alimentaria, Tlalpan tiene alta inci-

dencia de problemas en la cantidad y variedad de alimentos. En 7 de cada 100 hogares con niños, al menos uno pasó un día sin comer por falta de recursos. La mortalidad infantil es de las más bajas de la ciudad, con 9 fallecimientos por cada 1,000 nacidos vivos. En 2019 se registraron 143 delitos contra población infantil (tasa de 83 por cada 100,000 niños). Estos datos destacan la necesidad de fortalecer políticas públicas en salud, educación y seguridad para mejorar el bienestar infantil en Tlalpan. (EVALÚA, 2020).

Estrategias de la política de Atención Primaria a la Salud para la primera infancia en Tlalpan (2018-2021).

La política pública dirigida a la primera infancia contempló tres estrategias, el *Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan*, la creación del *Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl* y la *Vinculación Interinstitucional e Intersectorial* necesaria para llevar a cabo las acciones derivadas de las dos primeras estrategias.

***Programa social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan*¹**

En 2019 y 2020, se implementó el *Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan* (a partir de ahora Programa social SSNT), diseñado con el objetivo de beneficiar a 1,100 niñas y niños de la alcaldía Tlalpan que vivían en las 18 localidades con muy bajo Índice de Desarrollo Social (IDS) de la demarcación que no tuvieran acceso a los

¹ Programa social: Las acciones de la Administración que promueven el cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y que, por su naturaleza, pueden dividirse en: programas de transferencias monetarias o materiales, de prestación de servicios, de construcción, mejoramiento u operación de la infraestructura social, y de otorgamiento de subsidios directos o indirectos (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2018:26).

servicios de salud. Este programa se enfocó en la evaluación, el seguimiento y la atención oportuna del desarrollo infantil, así como en la entrega de un apoyo económico destinado a reducir las barreras financieras que pudieran obstaculizar la implementación del proyecto y el acceso a los servicios necesarios.

Para alcanzar este objetivo, se conformó un equipo de 30 personas facilitadoras de servicios, quienes también eran beneficiarias del programa. Este grupo, integrado por hombres y mujeres de diversas profesiones, estaba compuesto mayoritariamente por residentes de la alcaldía de Tlalpan. Este hecho enriqueció el despliegue del programa en campo, ya que las y los facilitadores no sólo estaban familiarizados con el territorio, sino también con las problemáticas específicas de las comunidades, lo que permitió establecer un vínculo cercano y efectivo con las familias participantes. Además, su conocimiento del contexto local facilitó la identificación de necesidades prioritarias, el diseño de estrategias adaptadas y la generación de confianza entre beneficiarios, aspectos fundamentales para el éxito del programa.

Diagnóstico sociodemográfico de personas cuidadoras postulantes al programa social

El programa acompañó a lo largo de 2 años, a más de 2000 personas. En el año 2019 se aplicó un cuestionario, con el ánimo de entender quiénes eran las personas responsables y las dinámicas del cuidado, obteniendo los siguientes resultados relevantes: 50 % de las personas cuidadoras postulantes al programa reportaron tener como nivel máximo de estudios la secundaria, seguido de un 30% con estudios de preparatoria, 0.7 % no contaba con educación básica. La mayoría de las personas cuidadoras se dedicaban al trabajo doméstico no remunerado (61%), 34 % de quie-

nes tenían una remuneración económica, 51 % percibía entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales (\$3,121 - \$6,242), mientras que 34 % ganaban menos de 1 salario mínimo mensual. También se encontró que 15 % de las postulantes reportaron maltrato psicológico, 13 % violencia física, y 4% de violencia o abuso sexual (Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, 2020b).

Estos, entre otros datos, visibilizan la vulnerabilidad social, económica y emocional que enfrentaba la niñez en Tlalpan, sus familias, unidades de cuidado y el reto al que se enfrentaría la realización de la política pública.

Actores clave del programa social

Al ser una política que se realizó con y para las personas, se dedica este apartado para describir algunas características y procesos de transformación que acontecieron en su implementación, los cuales forman parte de la conformación aspectos de promoción de la salud y la vida.

Las niñas y los niños ocupaban un lugar central en la política, la cual tenía como objetivo promover su autonomía, sus derechos, su felicidad y la apuesta por la participación infantil y construcción de ciudadanía (Sánchez, et.al, 2018). Desde una perspectiva de desarrollo integral de las infancias, se reconocía que sus trayectorias de vida se construyen, integran y complejizan a medida que avanzan sus procesos biológicos. Por ello, fue fundamental trabajar en las intersecciones entre los aspectos sociales, ambientales y biológicos, desarrollando estrategias que transformarían y armonizarían estos componentes (Alcaldía Tlalpan, 2019).

En el caso de las personas cuidadoras, se reflexionó sobre la importancia del cuidado como un ele-

mento indispensable para garantizar la justicia y la dignidad, especialmente en el caso de las mujeres, quienes suelen asumir esta labor. A partir de ello, se incluyeron temas como el autocuidado, con el objetivo de que las cuidadoras reconocieran la importancia de sus propios proyectos de vida y construyeran redes de apoyo que les permitieran realizarlos. Además, se trabajó en el reconocimiento de la violencia y en la promoción del buen trato como una alternativa transformadora en las relaciones de cuidado. Sin embargo, es importante señalar que estos esfuerzos se limitaron al ámbito familiar y comunitario. Aunque se abordó el cuidado como un derecho fundamental y se destacó la necesidad de visibilizar su relevancia, no se cuestionaron en profundidad las dinámicas políticas, económicas, sociales y culturales que perpetúan la inequidad en la distribución de las labores de cuidado y que afectan directamente la autonomía y las oportunidades de las mujeres (Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, 2020b).

Las y los Promotores por la Salud Colectiva, un grupo de 30 profesionales con diversas trayectorias y experiencias de vida que, a través de procesos de capacitación en temas como promoción de la salud, derechos humanos, pedagogía popular, género, desarrollo infantil y modelos de atención, orientaron su práctica hacia la escucha activa, el acompañamiento y la disposición para aprender y compartir con la comunidad desde una perspectiva de igualdad y respeto mutuo. Este proceso resultó interesante, ya que, aunque inicialmente las motivaciones de las y los facilitadores para el trabajo comunitario eran principalmente personales, el fortalecimiento de un sentido colectivo, que era el cuidado de las infancias, permitió consolidar prácticas transformadoras. Estas prácticas no sólo respondieron a las necesidades de la comunidad, sino que también promovieron aprendizajes mu-

tuos y fomentaron dinámicas de cambio tanto a nivel individual como colectivo. La construcción de este sentido de trabajo compartido fue clave para generar espacios innovadores y profundamente significativos (Bautista, 2022).

En el ámbito institucional, el proyecto se enriqueció con las perspectivas y aportaciones de diversos sectores, entre ellos el Instituto Nacional de Pediatría, la Universidad Autónoma Metropolitana, entre otras universidades, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, los CENDIS de la alcaldía, las Estancias Infantiles, organizaciones de base comunitaria, subdelegados, y otras áreas internas y externas de la alcaldía. Las personas que formaban parte de estos espacios convergieron en un principio común: construir mejores condiciones de vida para las infancias, trabajando de manera cooperativa y desde diferentes frentes (Ver más adelante en la Tabla 6).

Es importante destacar que, aunque la política adquirió un carácter institucional a través de convenios, acuerdos y proyectos de investigación que formalizaron su implementación, su éxito también radicó en el compromiso individual de las y los participantes. La sensibilidad para comprender las necesidades de las infancias y la voluntad de sumarse a un esfuerzo colectivo fueron fundamentales para consolidar un proyecto que trascendió lo administrativo y se centró primero en garantizar los derechos de la primera infancia y poco a poco en el bienestar integral de la comunidad (Ver Figura 2).

Actividades realizadas en el Programa social SSNT

En la Tabla 2 se presentan las actividades realizadas en el Programa Social SSNT orientadas a la promoción, prevención y atención del desarrollo

infantil, dichos componentes se desglosan con un objetivo didáctico que permita identificar la distinción entre la promoción de la salud y la prevención y atención de la enfermedad.

Las actividades del Programa social SSNT se desarrollaron con el objetivo de que las infancias pudieran tener acceso a una promoción de la salud y desarrollo integral, a una prevención y tratamiento oportuno de los trastornos del neurodesarrollo, con una perspectiva de salud colectiva. Dicho programa permitió vincular a diversos sectores e instancias que en conjunto lograr materializar el Sistema de Atención Primaria de la Salud para el cuidado de la primera infancia con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia. En la Tabla 3 se describe un resumen de los resultados en la implementación de las actividades dirigidas a la población infantil que vivía mayoritariamente en localidades con IDS Muy bajo.

Talleres de promoción de la salud y cuidado de la vida

La promoción de la salud y el cuidado se realizó principalmente a través del taller de *Promoción de la Salud y Cuidado de la Vida*, un taller con 6 sesiones diseñadas con base en teorías de cuidado, promoción de la salud, pedagogía popular, derechos humanos, género y educación para la paz, y en consonancia con la NOM-031-SSA2-1999, la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y la NOM-046-SSA2-2005.

Las actividades tuvieron como punto de partida la pedagogía crítica de Paulo Freire, fomentando la problematización de la realidad, diálogo, construcción colectiva, análisis crítico y aplicación práctica. Se promovió el intercambio entre personas cuidadoras para visibilizar la determinación social, económica e histórica que influye en el cuidado. Los talleres propiciaron el

Tabla 2. Actividades realizadas en el Programa Social SSNT

Componente: Promoción de la salud	
Talleres de reflexión del Cuidado de la Niñez y la Vid	Reflexión con personas cuidadoras sobre enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, salud bucal, nutrición (se construyó un recetario de comida de la región), cuidado, buen trato, redes de cuidado, prevención de accidentes, etc.
Centros de Estimulación Tempran	Apertura de cinco espacios de promoción del desarrollo infantil en coordinación con Centros de Artes y Oficios, Casas de Salud y Subdelegaciones de la alcaldía Tlalpan.
Formación de promotoras/es por la salud colectiva y cuidado integra	Formación de personas beneficiarias que atendían a las infancias y personas cuidadoras en temas de: Educación para la Paz, Derechos de los niños y las niñas. La NOM-031-SSA2-199 Para el Cuidado del Niño Sano, Prevención de la Violencia, Buen trato, Derechos de las Mujeres, Autocuidado, Primeros Auxilios, Promoción de la Salud, Salud Colectiva, Pedagogía popular, Procesos de diálogo e intervención comunitaria.
Revista Sembrando Salud y Cuidados para la Vida que incluye la palabra de las cuidadora	Creación de Revista Digital con los siguientes contenidos: Número 11. Autonomía y Protección de la Niñez, 2. Alimentando Sonrisas en la Niñez, 3. Conociendo nuestro cuerpo para prevenir enfermedades comunes, 4. El cuidado como una labor de todas y todos, 5. Autocuidado como bienestar colectivo, 6. Transformando la convivencia en las unidades de cuidado.
Campaña de comunicación con títeres <i>Susana Convivencia</i> . Videos que promueven entornos de cooperación, inclusión, respeto, no violencia y solidaridad.	Fortalecer la estrategia <i>Susana Distancia</i> del Gobierno Federal ante la COVID 19, con la campaña <i>Susana Convivencia</i> que contenía 7 episodios: Episodio inicial. Encuentro con la alcaldesa de Tlalpan, Episodio 1: Distribución de las tareas del hogar, 2. Viviendo en <i>Susana convivencia</i> , 3. Buen trato y prevención de accidentes, 4. Construir Redes en Comunidad, 5. Hacia la Nueva Normalidad, 6. La importancia de la lactancia materna, 7. La vacunación.
Identificación oportuna de riesgos para el desarrollo infantil en comunidades de menor índice de desarrollo social (IDS) y referencia oportuna a trastornos del neurodesarrollo.	Se realizó la aplicación de Evaluaciones del Desarrollo Infantil (prueba EDI), de Tamizaje de Autismo (M-CHAT, VEANME), la historia clínica, y un cuestionario de aspectos psicosociales. Diagnósticos colectivos de la situación del neurodesarrollo infantil en la alcaldía en las 18 localidades con IDS Muy bajo y en los cinco Centros de Desarrollo Infantil de la demarcación.
Componente: Prevención	
Contenido didáctico para prevención de enfermedades.	Revistas, talleres y ferias enfocadas a la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
Componente: Atención	
Referencia para atención de enfermedades odontológicas.	336 referencias a Centros de Salud T-3 de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan para la atención de Salud Bucal.
Referencia para atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.	248 referencias a Centros de Salud. 91 referencias a Centros de Salud y Hospital Psiquiátrico Infantil para Diagnóstico de TEA.

Fuente: Elaboración propia (2025).

Tabla 3. Resultados en la implementación de actividades del Programa Social SSNT 2019-2020*

Actividades	Resultados 2019	Resultados 2020
Componente: Promoción		
Talleres sobre temas de salud en niñas y niños dirigidos a madres, padres u otros cuidadores.	510 personas	500 personas
Sesiones de estimulación temprana dirigidas a niñas y niños de entre 0 y 5 años de edad.	497 sesiones	45 sesiones virtuales
Capacitación a promotores por la salud colectiva.	30 personas	30 personas
Componente: Prevención		
Evaluaciones de desarrollo infantil a la población de entre 0 y 5 años.	2372 evaluaciones	686 evaluaciones
Diagnósticos dentales y actividades de prevención: limpieza, aplicación de flúor, etc.	1215 acciones	No programadas
Componente: Atención		
Referencias a centros de atención especializadas a niñas, niños y/o familiares.	248 referencias	91 referencias

Fuente: Elaboración propia (2025).

* Durante el año 2021, por motivos administrativos, dejó de ser programa social y se convirtió en una acción social, de tal manera que en los tres años se atendieron alrededor de 3000 personas (1500 niñas y niños menores de 5 años y 1500 personas cuidadoras).

autoconocimiento, aprendizaje y fortalecimiento colectivo (Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan, 2020b). Las y los promotores por la salud colectiva participaron en procesos educativos para unificar conceptos básicos, profundizar en temas específicos y generar fichas de trabajo teóricas, complementadas con sus conocimientos profesionales. El enfoque participativo, contempló trabajar en grupos pequeños para garantizar la participación efectiva de todas.

Se promovieron prácticas centradas en la creación de vínculos amorosos y el cuidado integral de manera lúdica. Se reflexionó sobre un futuro compartido y se construyeron objetivos estratégicos. La interacción grupal generó soluciones colaborativas, incorporando la perspectiva de género para relaciones más equitativas. Cada sesión

incluyó actividades puente que relacionaban conceptos entre sesiones, diseñando actividades para niñas y niños, alineadas con los temas de estimulación temprana.

Para el año 2020, el Taller de Cuidado de la Niñez tuvo que adaptarse a la pandemia de COVID-19, ya que las actividades presenciales fueron suspendidas tras declararse la emergencia sanitaria. El programa se transformó en un formato no presencial, asegurando el acceso a contenidos sin comprometer la salud de las comunidades. Se desarrollaron alternativas virtuales y digitales como la *Revista Sembrando Salud y Cuidados para la Vida*, que integró los contenidos de seis sesiones del taller, y la estrategia *Susana Convivencia*, con nueve vídeos protagonizados por títeres que reflexionan sobre el cuidado; aunque la transición

a medios digitales implicó retos, se consideró la mejor opción para cumplir los objetivos del programa protegiendo la salud de las personas involucradas.

Sesiones de Estimulación Temprana

En el marco de las acciones para el desarrollo infantil integral, se llevaron a cabo talleres de estimulación temprana en la alcaldía Tlalpan, dirigidos a niñas y niños de 1 mes a 6 años. Estos talleres buscaban promover el desarrollo infantil, fortalecer las estrategias de cuidado en las personas cuidadoras y enriquecer el entorno de las infancias.

El programa incluyó no solo a los beneficiarios directos, sino también a familiares como hermanas, hermanos, primas y primos, quienes participaron en la aplicación de la Escala de Desarrollo Integral (EDI). Su diseño se basó en la Guía Curricular de Estimulación Temprana de 0 a 6 años (UNICEF, 2004), el Manual de Talleres Comunitarios (Secretaría de Salud, 2020) y el Sistema de Vigilancia y Promoción del Desarrollo Infantil (Rivera González et al., 2017).

Los talleres se realizaron en grupos de 4 a 12 niñas y niños acompañados por sus personas cuidadoras, reuniendo entre 8 y 24 participantes por sesión. Con una duración de 60 a 90 minutos y periodicidad de tres semanas, se llevaron a cabo del 24 de junio al 20 de noviembre de 2019, completando 8 sesiones. La estructura de las sesiones se adaptó del Manual de Talleres Comunitarios (O'Shea G., et al., 2015), el formato del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (INP-UAM) y la experiencia de las personas promotoras.

Revista Sembrando Salud y Cuidados para la Vida²

La revista *Sembrando Salud y Cuidados para la Vida* fue un esfuerzo colectivo diseñado para difundir contenidos teórico-prácticos y herramientas enfocadas en el cuidado infantil, alineados con las seis sesiones del taller comunitario *Cuidado de la Niñez*. Este proyecto promovió la reflexión, el intercambio de ideas y la participación activa de las personas cuidadoras, quienes asumieron un rol esencial como editoras.

El proceso de creación comenzó con una guía que estableció las secciones y estrategias de comunicación. El formato incluyó tres áreas principales: conceptos teórico-prácticos, actividades para realizar con las unidades de cuidado, y herramientas prácticas, enriquecidas con aportaciones de las cuidadoras. El Consejo Editorial revisó y nombró las secciones definitivas: *Repensando la vida colectiva*, *Ejercicios de nuestra imaginación* y *Nuestra palabra: compartiendo saberes e historias*, esta última nutrida con consejos enviados por personas cuidadoras a través de diversos medios. Cada edición finalizó con una pregunta que conectaba con el siguiente número, incentivando la reflexión continua.

La distribución se realizó en grupos de WhatsApp, acompañada de solicitudes de retroalimentación sistematizada en la base de seguimiento SSNT. Los comentarios recopilados fueron analizados para mejorar los contenidos. Se publicaron seis números, cada uno centrado en un tema específico: autonomía infantil, alimentación, prevención de enfermedades, corresponsabilidad en el cuidado, autocuidado como bienestar colectivo y convivencia transformadora en las unidades de

² Las revistas se pueden consultar en el siguiente link https://drive.google.com/drive/folders/1dEy_MujW1fB7j17ccscro10PvZULmwAH?usp=share_link

cuidado. Este proyecto promovió herramientas prácticas y un enfoque integral para el cuidado de la vida (Ver Tabla 2).

Cada edición buscó fortalecer el cuidado de la niñez mediante herramientas prácticas, promoviendo una visión colectiva y corresponsable del cuidado. La participación activa de las personas cuidadoras fue clave para el éxito de este esfuerzo, consolidándose como un ejemplo de colaboración comunitaria para el fortalecimiento de las redes de cuidado para la primera infancia (Ver Figura 2).

Campaña de comunicación Susana convivencia

Se diseñaron nueve videos cortos con el objetivo de promover reflexiones y prácticas comunitarias entre las personas cuidadoras del programa, fortaleciendo la salud colectiva durante el confinamiento por COVID-19. Aunque inicialmente estaban dirigidos a quinientas personas cuidadoras y sus unidades de cuidado, al publicarse en las redes sociales de la alcaldía alcanzaron a una audiencia mayor de la prevista.

Los videos fueron protagonizados por títeres que representaban a integrantes de una unidad de cuidado ficticia integrada por Luz María, mamá y cuidadora principal; Odiseo, papá y cuidador; Esperanza, abuela y cuidadora; Sofí, una niña de seis años; Quique, un bebé de once meses; Firulais, el perro; y Totopo, el gato. A través de las historias, los personajes enfrentaron diversas situaciones agravadas por el confinamiento y reflexionaron sobre ¿Cómo cuidar la salud y la vida colectiva? Uno de los aspectos destacados fue la transformación de Odiseo hacia un rol más equitativo en las dinámicas familiares (García, 2020).

Cada capítulo abordó temáticas relacionadas con la distribución de tareas domésticas y el cuidado,

el autocuidado, la equidad de género y las medidas generales frente a la COVID-19, enfatizando la redistribución de responsabilidades dentro de las unidades de cuidado. También se trabajaron aspectos como la creación de un ambiente familiar y comunitario sano mediante la regulación emocional en niñas y niños, la solidaridad, el cuidado de personas vulnerables, la no discriminación y la convivencia con animales de compañía. Se promovió el *buen trato* y la prevención de la violencia mediante estrategias de acción durante la cuarentena, apoyo a personas que viven violencia y herramientas de orientación. Se reflexionó sobre la importancia de la solidaridad como actividad esencial y se compartieron aprendizajes obtenidos durante el confinamiento para construir un futuro basado en el cuidado colectivo (Jefatura de Unidad Departamental de Atención a Personas con Discapacidad, 2020).

En las historias, se incluyó la perspectiva de los adultos mayores mediante relatos que fomentaban el apoyo y la prevención frente a la COVID-19, así como una visión hacia la nueva normalidad que integraba los aprendizajes adquiridos y las acciones necesarias para seguir protegiendo la salud. Finalmente, se desarrollaron contenidos para WhatsApp que facilitaron la continuidad del programa de manera remota y se reforzó la importancia de las redes y unidades de cuidado, además de resaltar el papel de las personas cuidadoras como promotoras del desarrollo infantil y el cuidado colectivo.

Los videos representaron una herramienta valiosa para afrontar los desafíos de la pandemia y promovieron prácticas de cuidado equitativo y colectivo que impactaron tanto en las personas cuidadoras como en las comunidades.

Evaluación del Desarrollo Infantil (prueba EDI).

Los tamizajes de desarrollo se implementaron para identificar riesgos en la organización del desarrollo y conductas asociadas a trastornos del neurodesarrollo. Estas actividades se realizaron en contextos comunitarios, con apoyo de autoridades locales y organizaciones de mujeres, y consistieron en una historia clínica, medición de peso y talla, aplicación de la prueba EDI, toma de datos somatométricos y asesoría a las personas cuidadoras sobre los resultados.

La Prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI) se aplicó a niños de 0 a 4 años 11 meses para identificar riesgos del desarrollo en cinco áreas: factores de riesgo biológico (FRB), exploración neurológica (EN), señales de alerta (ALE), señales de alarma (ALA) y áreas de desarrollo (motriz gruesa, motriz fina, lenguaje, social, adaptativo y cognoscitivo). La EDI utiliza un sistema de semaforización (rojo: probable retraso, amarillo: rezago, verde: desarrollo normal) y tiene una sensibilidad de 0.81, especificidad de 0.61 y concordancia de 0.70. (Rizzoli et al., 2013).

Los resultados expuestos en la Tabla 4 evidencian la efectividad de las actividades implementadas considerando una primera evaluación previo a las

actividades de estimulación y una segunda posterior a las mismas en 2019: 54 niñas y niños en semáforo rojo (riesgo de retraso) fueron atendidos, de los cuales 28 mejoraron, pasando a semáforo amarillo o verde tras un semestre. Asimismo, de 104 niñas y niños en semáforo amarillo (rezago), 65 lograron avances significativos, alcanzando el semáforo verde (62%). Para alcanzar estos resultados, se observó que en promedio las niñas y niños que pasaron de semáforo rojo a verde, asistieron en promedio a 5.15 sesiones de estimulación temprana, en comparación con los niños y niñas que pasaron de rojo a amarillo o que se quedaron en rojo que asistieron en promedio entre 4 y 4.5 sesiones. Al realizar un análisis estadístico y comparar los datos antes y después de la intervención se obtuvo una χ^2 de 12.083, con dos grados de libertad, $p < 0.005$, por lo que existe una asociación estadísticamente significativa entre la intervención del programa social y la población infantil que contaba con un desarrollo normal.

En 2020, dada la pandemia a causa del COVID, solamente se aplicó la Prueba EDI en el primer semestre (ver Tabla 5), lo que dificultó conocer los avances en relación al desarrollo que tuvieron las personas participantes.

Tabla 4. Cambios en el desarrollo Infantil en niñas y niños del Programa Social SSNT 2019

Aplicación prueba EDI	Primera aplicación (abril a mayo)	Segunda aplicación (noviembre a diciembre)	Comparativo
Desarrollo Normal	209	251	+ 42
Rezago en el Desarrollo	104	67	-37
Riesgo de Retraso en el Desarrollo	54	49	-5
Total	367	367	

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de evaluación del Programa SSNT 2019.

Tabla 5. Resultados de la evaluación del desarrollo infantil en niñas y niños del Programa Social SSNT 2020

Sexo	Verde	Amarillo	Rojo	Total
Niña	150	58	34	242
Niño	128	81	54	263
Total	278	139	88	505

Fuente: Elaboración propia con base a evaluación del Programa SSNT (2020).

Los niños con semaforización roja en la EDI fueron referidos al Centro de Salud más cercano para un seguimiento, que incluía una Evaluación Diagnóstica del Desarrollo o una Evaluación Específica, hasta el 2021 cuando se inauguró el *Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl* donde en colaboración con la UAM-Xochimilco y el Instituto Nacional de Pediatría se realizaban evaluaciones diagnósticas del desarrollo.

La Evaluación del Desarrollo Infantil realizada en localidades con IDS muy bajo, permitió tener el primer diagnóstico colectivo del neurodesarrollo en dichas comunidades. Dicho diagnóstico se complementa con el análisis situacional de las Unidades de Cuidado y de las comunidades. A partir de los resultados obtenidos, se pudieron diseñar e implementar actividades orientadas a atender las necesidades y problemáticas detectadas.

Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil, Xilotl. La creación de una nueva institución.

Desde el inicio de la administración pública, en el año 2018, se generó la idea de construir un espacio dedicado a la primera infancia, en sus inicios, se planteaba tener una clínica que atendiera

a personas con Trastorno con Espectro Autista en etapas tempranas de la vida, pero con el tiempo se fue generando la idea de generar una política más amplia. Fue con la colaboración de la rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana y de la alcaldesa de Tlalpan que se realizaron los convenios para construir lo que ahora conocemos como Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil- Xilotl (UAM, 2021).

Este proyecto implicó la conformación de un grupo intersectorial de trabajo conformado por la alcaldía Tlalpan, el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría, la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, y la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan. Este grupo, fortaleció el proyecto de promoción de la salud y el desarrollo infantil, evaluando las actividades realizadas, y proponiendo planes y proyectos, delineando las actividades a realizar por cada institución en el ámbito de sus competencias (UAM, 2021). Destacan de estas acciones integrar modelos de atención en una perspectiva integral previniendo alteraciones en el desarrollo con una orientación humanista, de participación democrática, centrada en el desarrollo humano para la construcción de ciudadanía. El modelo

puede ser concebido, implementado y asimilado por alumnos de pregrado y posgrado contribuyendo a la cimentación de prácticas profesionales con una orientación crítica, transformadora y emancipadora.

Por otro lado, se conformó un mecanismo de referencia a Centros de Salud e instituciones de atención a la niñez, sistema de referencia enfocado a niñas y niños que presentan algún riesgo de retraso en el desarrollo, o bien algún riesgo psicosocial y requerían de acompañamiento terapéutico. En relación a este mecanismo, es de resaltar, que enviaban a los centros de salud más cercanos a sus localidades, con el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención y garantizar que fuera desde este que las niñas y niños fueran canalizados a un segundo o tercer nivel de atención.

Así mismo, se incorporó el modelo Único de Atención para mujeres víctimas de violencia, basado en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LAMVLDF). La alcaldía de Tlalpan a través de la Dirección de Fomento a la Equidad de Género e Igualdad Sustantiva implementó un modelo basado en la identificación del problema, la primera atención, el análisis del caso y la detección de riesgo, derivación y seguimiento.

Con la iniciativa del Centro Xilotl, se construía un nuevo espacio y una nueva institución, que cerraría la pinza de la APS-I Mx dirigida a la primera infancia, mientras el Programa social SSNT realizaba tamizajes en las 18 localidades de la alcaldía con IDS muy bajo, y generaba talleres de cuidado y estimulación temprana en cinco centros adaptados para ello en las localidades más alejadas, Xilotl, se convertía en un espacio de referencia que otorgaba atención especializada con

un fuerte componente de docencia en pregrado y posgrado, primero abrió sus puertas a estudiantes pertenecientes al Instituto Nacional de Pediatría y a los de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM X y luego a otras escuelas como la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM o la Licenciatura de Medicina Integral y Salud Comunitaria de las Universidades del Bienestar de Tlalpan.

Vinculación interinstitucional e intersectorial

El Programa social SSNT y el centro Xilotl se convertirían en parte de una política pública, que realizaría acciones de promoción, prevención y atención en el primer nivel con énfasis en el desarrollo infantil integral, que otorgaría servicios de estimulación e intervención temprana, de diagnóstico oportuno y de referencia. Un espacio que posibilitaría la docencia, la investigación y la formación de facilitadores comunitarios, de personal de salud en pregrado y posgrado, gracias a la vinculación intersectorial e interinstitucional (Ver Tabla 6).

Las instancias y sectores participantes en la APS dirigida a la primera infancia estuvieron conformadas por instituciones del ámbito federal, estatal y local, instituciones que por sus ámbitos de competencias estaban obligadas a atender a la población de la demarcación, pero, por otro lado, tuvieron la voluntad política de sumarse a dicho proyecto, es importante resaltar el papel que tuvo la sociedad civil, especialmente las personas cuidadoras y las infancias (Ver Tabla 6).

En el marco del programa social, se coordinó un proyecto de colaboración con el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro titulado *Validez concurrente de la Prueba de Evaluación del De-*

Tabla 6. Instituciones y sectores participantes en la atención de la primera infancia en la alcaldía Tlalpan 2018-2021

<p>Ámbito Federal Universidad Autónoma Metropolitana (Rectoría general y Maestría en Rehabilitación neurológica de la UAM - Xochimilco). Universidades del Bienestar Benito Juárez García. Licenciatura en Medicina Integral y Salud Comunitaria, Plantel Tlalpan. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Instituto Nacional de Pediatría (Centro de Investigación del Neurodesarrollo). Hospital Psiquiátrico Infantil (Dr. Juan N. Navarro) Hospital Infantil de México Federico Gómez Hospital General Dr. Manuel Gea González</p>
<p>Ámbito Estatal Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan). Secretaría de las mujeres. Unidades territoriales de Atención y Prevención de la Violencia de Género</p>
<p>Ámbito Local Alcaldía Tlalpan (Alcaldesa, Dirección General de Desarrollo Social y de Comunicación Social, Subdelegados, Centros de Desarrollo Infantil de la demarcación, Dirección de Género e Igualdad Sustantiva, Jefatura de Unidad Departamental de Atención a Personas con Discapacidad). Organizaciones de mujeres. Estancias infantiles Comunitarias Promotoras y promotores por la salud colectiva Mujeres participantes en Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan. Niñas y niños de la alcaldía Tlalpan</p>

Fuente: Elaboración propia (2025).

sarrollo Infantil con instrumentos de tamizaje de autismo (M-CHAT y VEANME). Como parte de este proyecto, se aplicaron las pruebas de tamizaje M-CHAT y VEANME para detectar conductas asociadas al espectro autista. Los niños y niñas que presentaron un resultado de riesgo de TEA en estos instrumentos, fueron evaluados con instrumentos confirmatorios. Este proceso permitió la detección de tres niñas y niños con la condición del espectro autista (CEA), quienes fueron canalizados directamente para recibir atención terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, garantizando un seguimiento oportuno.

Además, uno de los productos más significativos en términos académicos fue el estudio realizado por Zavaleta y colaboradores, que analizó la prevalencia de riesgo de retrasos en el desarrollo de acuerdo a la EDI antes y durante la pandemia por COVID-19. En dicho estudio se analizaron los resultados de la EDI de 1,121 preescolares de 19 a 48 meses evaluados como parte del programa Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan. Los resultados mostraron que la prevalencia de retrasos en el desarrollo (semáforo amarillo o rojo en la EDI) en niños fue dos veces mayor durante los años de la pandemia por COVID-19 (2020

y 2021) en comparación con el año previo a la pandemia (2019); en contraste, la prevalencia de retrasos del desarrollo en niñas no alcanzó significancia estadística durante los años de pandemia. Sin embargo, en el análisis por subdominios se encontró que la semaforización amarilla o roja en la EDI para el área del lenguaje fue significativamente mayor durante los años de pandemia (2020 y 2021) en ambos sexos (Zavaleta et al., 2024). Este proyecto y sus resultados reafirman la importancia de contar con herramientas validadas y una coordinación interinstitucional para la detección y atención temprana de riesgos en el desarrollo infantil, especialmente en contextos comunitarios.

La vinculación intersectorial jugó un papel fundamental, ya que permitió crear una institución que posibilitara la atención a la primera infancia, a sus problemas y necesidades vinculadas con el desarrollo infantil, la referencia para su atención temprana de niñas y niños que se encontraran con riesgo de retraso en el desarrollo y la posibilidad de que las instituciones realizaran investigación, pero sobre todo servicio social comunitario.

III. Comunidad y Unidad de Cuidado, conceptos emergentes de la política implementada

Además de los aportes en investigación que se gestaron con otras instituciones, en el ámbito gubernamental se construyeron categorías administrativas analíticas como la categoría *Unidad de Cuidado*³. En un primer momento se propuso para dar respuesta a una necesidad administrati-

³ Otros autores como Ríos y López la definen de manera semejante “La unidad de cuidados son las personas involucradas directamente en la provisión de estos, la hemos llamado así porque no siempre corresponde solo a la familia nuclear ni a la díada persona cuidada-persona que cuida y aunque toma formas distintas, constituye una unidad (2018:143).

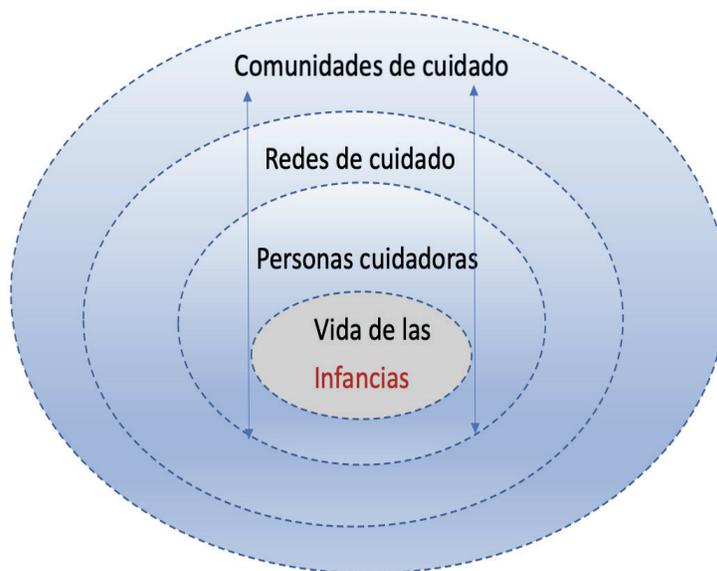
va que buscaba registrar y entender la configuración de las personas responsables de la crianza o cuidado que trasciende el ámbito familiar. En un segundo momento, la categoría *Unidad de Cuidado*, permitió ubicar y visibilizar al cuidado de las infancias como un tema que va más allá de las personas cuidadoras o de la familia, es decir, como una responsabilidad de todas las personas e instituciones, que aspira a la creación de *Redes de Cuidado* y avanzar hacia la construcción de una *Comunidad de Cuidado*, en la que participan la sociedad y el Estado de manera conjunta (Bautista, 2022). Esta categoría, posibilitó la reflexión, identificación y generación de contenidos con las personas cuidadoras considerando su carácter relacional y multidimensional (ver figura 2), dentro de documentos internos se definió como:

La unidad de cuidado se concibe como el conjunto de redes y relaciones que se conforman en torno al cuidado de los niños, niñas o del hogar en general. Representa un sistema de apoyo compuesto por acciones colectivas y colaborativas que surgen del trabajo de cuidado realizado por diversas personas comprometidas con el desarrollo y sostenimiento de la vida (Alcaldía de Tlalpan, 2019: 2).

Esta perspectiva trasciende la idea de centralizar el cuidado en una sola persona, promoviendo en su lugar la participación activa de otros miembros de la familia, instituciones o amistades. A través de esta colaboración, la unidad de cuidado busca resolver de manera integral los desafíos asociados al cuidado, fortaleciendo vínculos y promoviendo una corresponsabilidad que favorezca el bienestar individual y comunitario.

Para realizar un abordaje multidimensional y relacional del cuidado, se tomó como punto de

Figura 2. Unidad de cuidado, redes de cuidado y comunidad de cuidado para la primera infancia.



Fuente: Elaboración propia (2025).

partida la *atención*⁴ de las personas menores de 5 años, en las reflexiones y el diálogo realizado en los talleres se ponía *atención* a sus necesidades, sentires, problemas, requerimientos y cuidados, etc. En un segundo momento, la *atención* se enfoca en las personas cuidadoras, poniendo énfasis en la importancia del autocuidado, agregando a esta reflexión, una dimensión más compleja que incluía la perspectiva de género, en la que se visibilizan los trabajos para el cuidado (crecimiento, doméstico, organización y manejo del hogar, fortalecimiento de relaciones sociales, acompañamiento emocional, cuidado de enfermos, etc.) haciendo: un reconocimiento a la labor que realizan mujeres y hombres en dichas tareas; una

4 La atención entendida en términos filosóficos y éticos: como elemento indispensable para entender la realidad (Romano, 2016) de las infancias desatendidas y como llave de entrada al proceso de cuidado (Hersch y Salamanca, 2022).

reflexión acerca de su distribución inequitativa, y una invitación a ser partícipes en dichas tareas. La última etapa consistía en identificar, fortalecer y/o construir *redes de cuidado*, es decir, construir una *comunidad de cuidado*⁵, es así como la unidad de cuidado interpelaba a responsabilidad ética de la comunidad, una que se preocupa y responsabiliza por el presente y el futuro de las infancias, que construye nuevos espacios que apuntalan la construcción de una nueva sociedad, una, que es más justa para la niñez porque le atiende, le considera, procura y cuida su vida.

5 De manera reciente se publicó la Cartilla del cuidado colectivo: el nido del cuidado. La importancia de expandir el alcance individual y colectivo de la atención y el cuidado en la salud (SSA, 2024). Dicha perspectiva incluye a la comunidad y lleva la reflexión más allá, incluyendo a la sociedad y el planeta.

Conclusiones

La política en salud dirigida a la primera infancia realizada en la alcaldía Tlalpan, subraya la importancia de diseñar y construir de manera articulada e intersectorial políticas públicas que integren salud, educación y desarrollo social. Hacerlo desde el modelo de Atención Primaria en Salud Integral Mx, permitió ir más allá de las políticas focalizadas realizadas en sexenios previos y desarrollar acciones con instancias de los tres niveles de gobierno.

En la conformación de redes integrales e integradas de servicios dirigidos a la primera infancia estuvieron involucradas instituciones de los gobiernos federal, estatal y local. La construcción de nuevas instituciones, desde saberes distintos como el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil (Centro Xilotl), revitaliza el papel de las universidades como la ENEO y la UBBJ, pero en el caso de la UAM-X, permitió crear un espacio que integra docencia, servicio e investigación, y que fortalece la vinculación entre universidad y sociedad, en una perspectiva democrática, solidaria y humanista en donde las personas involucradas experimentan formas de participación y transformación de las prácticas profesionales y de reconocimiento de la otredad en la construcción y ejercicio de derechos. Dicho Centro es también una política pública interinstitucional sostenida por el gobierno local y la UAM que oferta bienes y servicios complementarios a los brindados por la Secretaría de Salud, garantizando una mayor cobertura, fortaleciendo la atención en el primer nivel de atención y posibilitando la adecuada referencia y contrarreferencia a situaciones que requieren atención especializada. Durante el primer año de la intervención, los resultados en el neurodesarrollo fueron concluyentes en la mejora del

neurodesarrollo de las y los niños pertenecientes al Programa Social SSNT.

El programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan se convirtió en el elemento articulador de la política de APS-I Mx en la demarcación. Tomando como punto de partida el interés superior de la infancia, las personas cuidadoras, promotoras y promotores por la salud colectiva, estudiantes, profesionales e instituciones gubernamentales, trabajaron al unísono, en la identificación y visibilización de problemáticas y necesidades, así como la creación de alternativas para su atención, apostando a la creación de espacios donde el objetivo era promover los derechos y la alegría de las infancias.

La intervención y articulación interinstitucional posibilitó la creación de nuevas investigaciones y diagnósticos colectivos relacionados con las necesidades, problemáticas y características del desarrollo integral de las infancias, las unidades de cuidado y los promotores, constituyendo una política donde todas y todos los participantes se conforman como productores de conocimiento y agentes de cambio.

La escasez de políticas dirigidas a la primera infancia en todos los niveles de gobierno, y la continuidad de las acciones realizadas, ponen en evidencia la necesidad de evaluar en el corto, mediano y largo plazo, los resultados de los programas de política pública y su impacto en el desarrollo integral de la primera infancia, así como en sus condiciones de bienestar. Una limitante muy importante de este trabajo es la discontinuidad de las políticas, programas y estrategias ante los cambios de gestión gubernamental local y de los actores que participan.

El interés superior de niñas y niños, es un principio constitucional y un llamado a proteger y privilegiar sus derechos, en ocasiones puede transgiversarse, y a partir de acciones de focalización convertir a la niñez en objeto de la política, en lugar de considerarlo sujeto y construir, no políticas *sobre su vida*, sino políticas *para la vida* de las infancias, *para la vida* de las personas cuidadoras y *para la vida* de la comunidad, políticas

que promuevan prácticas de cuidado, que vinculen a familias, instituciones y comunidades, para que en un esfuerzo colectivo, se construyan nuevas instituciones y nuevos espacios de lo que nos es común, el bienestar infantil y la construcción de ciudadanía, espacios donde se trabaje en proyectos que apuesten por un mundo bueno, bello y justo para las infancias.

Referencias Bibliográficas

- ACEVES, P. (2018). Programa Provisional de Gobierno. Demarcación territorial Tlalpan 2018-2021. Alcaldía Tlalpan, México. http://repositorio.tlalpan.gob.mx:8080/TRANSPARENCIA/planeacion/2019/Programa_Provisional_Tlalpan_2018-2020_final.pdf (consulta 18 de julio de 2024).
- ALCALDÍA DE TLALPAN, (2019). Reglas de Operación del Programa Social, Repositorio de la Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México. http://repositorio.tlalpan.gob.mx:8080/DGDS/2019-B/3er.TRIM./Art_122/Fr_01/D_SALUD/DS_A122_Fr01_2019_T03_Reglas_Semb_Salud.pdf (consulta 12 de diciembre de 2024).
- BAUTISTA, E. (2013). Prácticas y procesos pedagógicos en promoción de la salud en un municipio autónomo rebelde zapatista, Chiapas, México, 2005-2007.(Tesis de maestría). Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2498> (consulta 3 de enero 2025).
- BAUTISTA, E. (2022). Mini Documental, Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan 2018-2021. https://www.youtube.com/watch?v=Le_rqxVxV5c (consulta 23 de noviembre de 2024).
- BAUTISTA, E. y LÓPEZ, O. (2017). “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud”. Salud problema, año 11, enero-junio de 2017. Núm. 21. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/512/512> (consulta 10 de diciembre 2024)
- BAUTISTA, E., LÓPEZ, O. y SOTO, L. (2018). “Biopolítica afirmativa frente a la atención materna, parteras en zonas indígenas”. En Jarillo, S., y López, O. Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM. 43-76.
- CAPLAN, R. (1993). “The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity”, Health Promotion International, vol 8, Núm. 2, 1993, 147–157.
- CASTRO, J. (1997). Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿Salud, mercancía o derecho social?. Salud Problema. Nueva época, vol 2, Núm. 2: 55-59.
- COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. (2017). Manual de talleres comunitarios del componente educativo comunitario del modelo de promoción y atención al desarrollo infantil (PRADI) (1ª ed.). Secretaría de Salud.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Presidencia de la República del gobierno de México. <https://conamer.gob.mx/documentos/marcojuridico/rev2016/PND%202013-2018.pdf>

- ESPOSITO, R. (2005). *Bios. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu Editores, Argentina.
- ESPOSITO, R. (2009). *Inmunitas, protección y negación de la vida*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.
- ESPOSITO, R. (2012). *Inmunidad, comunidad. Biopolítica*. Conferencia impartida el 19 de octubre de 2011 en la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid en las Torres de Lucca.
- ESPOSITO, R. (2013). *Vida biológica y vida política*. Revista Pleyade, vol. 12, 15-33.
- EVALÚA, (2020). *Infancias en la Ciudad de México 2020*. Consejo de Evaluación de la Ciudad de México: EVALÚA.
- FOUCAULT, M. (2001). *Defender la sociedad: curso en el Collège de France, 1975-1976*. Fondo de Cultura Económica. México.
- FOUCAULT, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France: 1978-1979*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires Argentina.
- FOUCAULT, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Ed. Paidós, Buenos Aires. Argentina.
- FOUCAULT, M. (2009). *Historia de la Sexualidad. 1 La voluntad del saber*. Editores Siglo XXI, Ediciones Gandhi, México
- GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2018). *Aviso por medio del cual se dan a conocer los lineamientos para la elaboración de las reglas de operación de los programas sociales para el ejercicio 2019*. <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/evaluacion20/lineamientos/Lineamientos%20ROPs%202019.pdf> (consulta 1 de diciembre de 2024).
- GARCÍA C. (2020). “Susana Convivencia”, campaña que promueve el respeto durante la contingencia. Milenio. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/tlalpan-lanza-campana-susana-convivencia> (consulta 3 de enero de 2025).
- GRANDA, E. (2001). *Salud pública e identidad*. En Granda, E. *La salud y la vida*. Volumen 1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), 111-135. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida.pdf>
- GRANDA, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, Núm. 2.
- HERSCH, P., y SALAMANCA, G. (2022). “El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 40, Núm. 1, 1-12. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- INSTITUTO de PLANEACIÓN DEMOCRÁTICA y PROSPECTIVA. (2024). *Panorama Geográfico y Estadístico*. Gobierno de la Ciudad de México. Tlalpan. <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf> (consulta 9 de enero de 2025).
- JARILLO, E. y LÓPEZ, O. (2018). *Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM*. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. 9-15.
- JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2020). *Principales resultados de las estrategias de Familia: Susana Convivencia* (documento interno). Manuscrito no publicado.
- LAURELL, A. C. (1981). “La salud-enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales*, (19), 1-11.
- LÓPEZ, O. (2017). “Reformas de salud en México. Balance y desafíos”. *Salud Problema*, segunda época, Núm. 11. (número especial México). 67-82.
- LÓPEZ, O. y DELGADO, C. (2024). “La transformación del sistema público de salud en la Ciudad de México”. *Salud Pública de México*, vol. 66, 689-698.

- LÓPEZ, O. y JARILLO, E. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”. *Cadernos de Saúde Pública, Reports in Public Health*. <https://www.scielo.br/j/csp/a/b95p-V6Yzp3Jh3NQ7bPmVrJJ/?format=pdf> vol 33. Sup 2. 1-13.
- MENÉNDEZ, E. (1988). “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. Ottawa, Canadá.
- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (consulta 12 diciembre de 2024).
- ONU. (1978). *Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*, Alma-Ata, URSS. 3-49. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf> (consulta 3 de enero de 2025).
- ONU. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Observación General 14. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> (consulta 12 diciembre de 2024).
- O’SHEA, G., RIZZOLI, A., ACEVES, D., VILLAGRÁN V. M., CARRASCO, J., HALLEY, E., DELGADO, I., PIZARRO, M., VARGAS, G., ANTILLÓN, F. A., VILLASÍS, M. Á., y MUÑOZ, O. (2015). “Sistema de Protección Social en Salud para la detección y atención oportuna de problemas del desarrollo infantil en México”. *Salud Pública*, vol 72. Núm. 6, *Boletín del Hospital Infantil de México*. 429-437.
- RÍOS, A. y LÓPEZ, O. (2018). “Comprendiendo el cuidado y los cuidados: tipología del cuidado desde la salud colectiva”. En Jarillo, S., y López, O. *Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM*. México. 127-155.
- RIVERA, R., ZAPOTECO, J., FIGUEROA, M. y VILLANUEVA, Y. (2017). *Vigilancia del desarrollo del lactante de 1 a 24 meses utilizando las cartillas del SIVIPRODIN*. UAM y Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.
- RIZZOLI, A., SCHNAAS, L., LIENDO, S. y BUENROSTRO, G. (2013). “Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas de desarrollo en menores de 5 años en México”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Vol. 70. Núm.3, 195-208.
- SÁNCHEZ, C., RIVERA, R., FIGUEROA, M., SIERRA, A., MANDUJANO, M., MUÑOZ-LEDO, P. y SOTO, F. (2018). *Una propuesta para la Construcción de la Ciudadanía Infantil. El cuidado integral y la prevención de discapacidad (1a ed.)*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- SECRETARIA DE SALUD. (SSA). (2019). *Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-IMX: La propuesta metodológica operativa*. Gobierno de México.
- SECRETARÍA DE SALUD. (SSA). (2020). *Lineamiento de operación 2020 del componente desarrollo en la infancia*. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/563149/Desarrollo_en_la_Infancia.pdf (consulta 4 de diciembre 2024).
- SECRETARIA DE SALUD. (SSA). (2024). *Cartilla del cuidado colectivo: El nido del cuidado. La importancia de expandir el alcance individual y colectivo de la atención y el cuidado en la salud*. Proyecto Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías clave 319781. México.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPAN (2019). *Resultado de los talleres de promoción de la salud y cuidado para la vida (documento interno)*. Manuscrito sin publicar.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPAN. (2020a). *Análisis de entrevistas inicial al*

- Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan 2020 (documento interno). Manuscrito sin publicar.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPAN. (2020b). Principales resultados de las estrategias de Cuidado de la Niñez del Programa Social Sembrando Salud en la Niñez de Tlalpan 2020 (documento interno). Manuscrito sin publicar.
- SEMBRANDO SALUD EN LA NIÑEZ DE TLALPAN. (2020c). Revistas Sembrando Salud y Cuidados para la Vida. Alcaldía de Tlalpan. https://drive.google.com/drive/folders/1dEy_MujW1fB-7jI7ccscro10PvZULmwAH?usp=share_link (consulta 23 de diciembre 2024).
- UAM. (2021). “UAM y la Alcaldía Tlalpan inauguran el Centro de Atención y Promoción del Desarrollo Infantil”. *Semanario de la UAM. Órgano Informativo de la Universidad Autónoma Metropolitana*, 3(1), 6-7. <https://www.uam.mx/semanario/repositorio/2021/pdf/julio/Semanario-UAM-Anio-3-No-01-19Jul2021.pdf> (consulta 8 de enero de 2025).
- UNICEF. (2004). *Guía curricular de estimulación temprana de 0 a 6 años* (3ª ed.).
- VARGAS, G., GUADARRAMA, J., RIZZOLI, A., NARCIZO, F., MEDRANO, G., ACEVES, D., O’ SHEA, G. y MUÑOZ, O. (2016). “Análisis y comparación curricular de las estrategias o programas para el desarrollo infantil temprano en México”. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Vol.73 Núm.2. 90-104.
- ZAVALETA, P., RAMÍREZ, L., VILLARUEL, J., BAUTISTA, E., ROSETTI, M., y ALBORES, L. (2024, noviembre 14-17). Prevalence of developmental delays among infants during two years of COVID-19 pandemic [Póster presentado]. 24th World Congress of Psychiatry, Ciudad de México, México.

¿Derecho o caridad?: imaginarios médicos sobre migración y salud en consultorios anexos a farmacias en Monterrey, Nuevo León

Yetzi Rosales Martínez*

RESUMEN

En México, el Artículo 8 de la Ley de Migración establece que las personas migrantes tienen derecho a ser atendidas en los servicios públicos y privados de salud. Algunos estudios han documentado la utilización de los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) por parte de esta población, no obstante, se conoce poco sobre la atención brindada por estos establecimientos. El objetivo de este trabajo es analizar los imaginarios sociales de un grupo de médicos y médicas que laboran en CAF's en Monterrey, Nuevo León, en torno al fenómeno migratorio y al derecho de las personas migrantes a recibir atención en salud. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal exploratorio con abordaje cualitativo, empleando la técnica de la entrevista. Se encontró que los CAF's tienen poco que ver con el derecho a la salud, ya que la provisión del servicio depende de diversos imaginarios sociales del personal médico que se manifiestan en actitudes ambivalentes de rechazo o solidaridad hacia la población migrante. La atención médica se ve condicionada por percepciones en torno a la nacionalidad, tiempo de estancia y estatus migratorio y capacidad de pago de las personas migrantes. En general, se percibe que la atención médica a esta población debería ser otorgada por el gobierno.

PALABRAS CLAVE: migración internacional, estereotipos, atención médica, sector privado, México.

Right or Charity: medical imaginaries on migration and health in clinics adjacent to private pharmacies in Monterrey, Nuevo Leon

ABSTRACT

In Mexico, Article 8 of the Migration Law establishes that migrants have the right to be attended by public and private health services. Some studies have documented the use of the Clinics Adjacent to Private Pharmacies (*CAF's for its acronym in Spanish*) by this population, however, little is known about the care provided by these establishments. The objective of this study is to analyze the social imaginaries of a group of doctors working in CAF's in Monterrey, Nuevo Leon, regarding the migratory phenomenon and the right of migrants to receive health care. For this purpose, an exploratory cross-sectional study

* Secihti – El Colegio de la Frontera Norte. Correo electrónico de contacto: romy@colef.mx

Fecha de recepción: 04 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 11 de marzo de 2025.

was carried out with a qualitative approach, using the interview technique. CAF's were found to operate outside the right to health, since the provision of the service depends on various social imaginaries of medical personnel that manifest themselves in ambivalent attitudes of rejection or solidarity towards the migrant population. Medical care is conditioned by perceptions regarding nationality, length of stay and migratory status, and migrants' payment capacity. In general, it is perceived that medical care for this population should be provided by the government.

KEYWORDS: migración internacional, estereotipos, atención médica, sector privado, México.

Introducción

En México, las personas migrantes internacionales en condición de vulnerabilidad enfrentan generalmente mayores obstáculos para acceder a atención médica que la población local. Este problema público responde en parte a la ausencia de condiciones socio-estructurales, así como a acciones gubernamentales de contención migratoria que limitan el cabal cumplimiento del derecho a la protección de la salud de esta población. Entre los factores implicados en el acceso limitado a los servicios públicos de salud se han documentado la carencia de un enfoque intercultural en las instituciones de salud, trabas administrativas, insuficiencia de recursos humanos y financieros, trato discrecional, falta de sensibilización y desconocimiento sobre el fenómeno migratorio, tanto en los proveedores de salud como en tomadores de decisiones (López, 2014; Flores, 2022; Stoesslé y González, 2020).

A pesar de que la protección de la salud un derecho en México, esta tiende a desdibujarse en el terreno cotidiano. La reforma al Artículo 4o. Constitucional decretada en mayo de 2020 establece que toda persona tiene derecho a recibir atención médica gratuita: “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud [...]. 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” (CPEUM, 1917). Además, el gobierno federal ha ratificado tratados internacionales que protegen los derechos humanos de todas las personas en territorio mexicano como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares de 1990. No obstante, se ha evidenciado una escasa capacidad resolutive en las instituciones de salud, así como tratos discriminatorios y excluyentes hacia la población migrante y refugiada en los servicios públicos de salud (Manchinelly, 2021; Saavedra, et al., 2024).

En realidad, este mandato constitucional que ensalza la universalidad y gratuidad en salud no tiene un piso firme. La función del Estado mexicano como garante de derechos sociales se ha deteriorado paulatinamente desde la década de 1980 con las llamadas reformas estructurales impuestas por organismos internacionales. Este cambio se ha materializado en la reducción del gasto público y la creciente entrada de inversión privada en sectores como la salud y educación (González y Nin,

2018). Este proceso ha contribuido a debilitar el derecho a la salud de toda la población, afectando en mayor medida a grupos sociales en situación de vulnerabilidad como las personas migrantes y refugiadas que habitan por tiempo indefinido en nuestro país.

En el ámbito de la salud, la presencia del sector privado se observa también en el marco normativo mexicano que regula la migración. El Artículo 8 de la Ley de Migración (L.M., 2011) establece el derecho de las personas migrantes a ser atendidas en los servicios públicos y privados de salud. Si bien esta cláusula puede interpretarse como una exigencia a respetar el principio de no-discriminación en establecimientos privados, también sugiere la idea de un Estado que evade la responsabilidad de brindar atención pública y gratuita a población vulnerable al compartir su función con actores lucrativos.

Este trabajo explora el encuentro entre población migrante internacional con problemas de salud y los servicios médicos privados en México. Dicho encuentro se origina en el cruce de dos fenómenos globales con repercusiones a nivel local. El primero es el creciente flujo de personas en situación de vulnerabilidad que atraviesa o se establece indefinidamente en México. Su arribo a las localidades de recepción evidencia la débil capacidad de respuesta de gobiernos y organizaciones no gubernamentales para proveerles servicios de salud ambulatorios y especializados, aunado al desconocimiento de esta población sobre la ubicación y disponibilidad de servicios públicos.

El segundo fenómeno es la consolidación de un complejo médico industrial que desde la década de 1990 ha ganado terreno en el sistema de salud aprovechando los vacíos y desfinanciamiento del

sector público (Menéndez, 2005). La creciente presencia de la industria farmacéutica en la provisión de servicios de salud se basa en valores como la competitividad, la eficiencia y la ganancia, ensombreciendo el enfoque constitucional de derechos humanos (González y Nin, 2018). Ambos fenómenos se entrecruzan expresándose a escala local en la utilización de servicios privados por parte de personas migrantes en tránsito por territorio mexicano¹.

El objetivo de este estudio es explorar desde una mirada cualitativa las perspectivas de proveedores de salud privados en torno al derecho de las personas migrantes a recibir atención médica. Para ello se aborda el caso de los establecimientos conocidos en México como “Consultorios Anexos a Farmacias” (CAF’s) cuyo referente más cercano son las clínicas minoristas o *retail* en Estados Unidos (Morán, 2020). La pregunta que guió la investigación fue: ¿cuáles son los imaginarios sociales del personal médico en torno a las personas migrantes en Monterrey y al derecho de esta población a recibir atención en los CAF’s? Como parte de esta introducción se describe a continuación la perspectiva conceptual desde la cual se interpreta la evidencia recabada.

Los imaginarios sociales como foco de análisis

Los imaginarios sociales se inscriben en la teoría fenomenológica. Este enfoque busca comprender cómo los individuos experimentan el mundo y construyen significados a partir de sus vivencias. En este estudio, la atención en salud a personas migrantes busca interpretarse a partir de los imaginarios del personal médico que labora en CAF’s en el contexto de una legislación migratoria que

¹ Esta población suele caracterizarse por tener un estatus administrativo irregular y haber salido de su país de origen buscando salvaguardar su integridad.

garantiza a esta población el derecho a ser atendida en los servicios de salud privados.

Desde esta mirada interpretativa, se asume que el actuar de las personas secunda una serie de percepciones e imaginarios socialmente compartidos. La forma en que las personas perciben, interpretan y se relacionan con el mundo se organiza a partir de esquemas mentales a nivel microsocioal (Seveso, 2009; Girola y De Alba, 2018). De acuerdo con esta teoría, los procesos intersubjetivos de los individuos generan una validación colectiva de ciertos modos de pensar que sirve como telón de fondo para la acción (Baeza, 2011)².

La teoría de los imaginarios sociales ha sido utilizada en la literatura sobre migración. De acuerdo con Aliaga (2008), la construcción de un imaginario sobre las personas migrantes las encaja en una clasificación social de alteridad desconocida que conduce a asimetrías, exclusión y situaciones de marginalidad. Esta percepción puede estar influenciada por culturas con nacionalismos excluyentes, donde la comunidad local expresa actitudes etnocéntricas, creando delimitaciones espaciales y esquemas binarios inspirados en personas que vienen de ‘fuera’.

Para Seveso (2009) y Aliaga (2008) esta percepción crea tensiones en la vida cotidiana manifestadas en miedo e inseguridad. La distinción entre “nosotros” y “ellos” puede generar una selección y reformulación de valores y símbolos comunitarios en perjuicio de grupos sociales específicos. Más aún, cuando las personas migrantes se encuentran en una situación de irregularidad pueden

ser percibidas como agentes invasores generando dichas tensiones en las sociedades de acogida.

Según Dittus (2011), la otredad forma parte de una construcción simbólica basada en atributos y estereotipos que influye en la manera de observar a las personas. Aquí subyacen distinciones y estigmas que se arraigan profundamente como ideas colectivas, aunque también en ciertos casos pueden atribuirse estereotipos positivos. En general, la categoría “extranjero” puede ser útil para comprender una exclusión desde una posición de autoridad que percibe al “otro” como inaccesible, desclasado, distante y situado en los márgenes de la sociedad. Se les atribuye la responsabilidad por diversas cuestiones, como la criminalidad, pero también son objeto de prácticas de exclusión o supresión simbólica o física.

En el ámbito de la salud, esta dimensión simbólica ha sido de utilidad para comprender la relación entre los prejuicios y el acceso a la salud. De acuerdo con Flores (2022), las narrativas de personal médico mexicano en el sector público expresan valores, percepciones y prejuicios que limitan el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito. Este autor argumenta que los actos y decisiones discrecionales del personal de salud afectan tanto el nivel de acceso como la calidad de la atención brindada a la población migrante.

Otros estudios realizados en el contexto estadounidense documentan el papel que juegan las percepciones del personal de salud en el trato diferencial a ciertos grupos sociales. Van Ryn (2002), aporta evidencia sobre cómo el comportamiento del proveedor incide en las disparidades en la atención médica luego de observar que usuarios pertenecientes a minorías étnicas/raciales eran propensos a recibir menos tratamientos médicos.

² En México, esta perspectiva de análisis comenzó a tener mayor revuelo en las ciencias sociales a partir de la década de 1980. Los principales desarrollos de esta perspectiva en América Latina se atribuyen a los filósofos Armando Silva, Juan Luis Pintos y al sociólogo Manuel Antonio Baeza, quienes a su vez tuvieron la influencia de varios teóricos franceses (Girola y De Alba, 2018).

Un estudio similar realizado en un contexto migratorio transfronterizo reporta tres principales factores que influyeron en las percepciones y prácticas de esos profesionales de la salud: (1) creencias culturales y diferencias lingüísticas, (2) restricciones institucionales en términos de tiempo y/o recursos y, (3) la disyuntiva entre la ética médica y la normatividad que limitaban el derecho de las personas migrantes a la atención médica. En relación con este último factor, se identificaron estrategias subrepticias usadas por el personal médico para brindar atención a las personas extranjeras independientemente de su estatus migratorio (Suphanchaimat, et al., 2015).

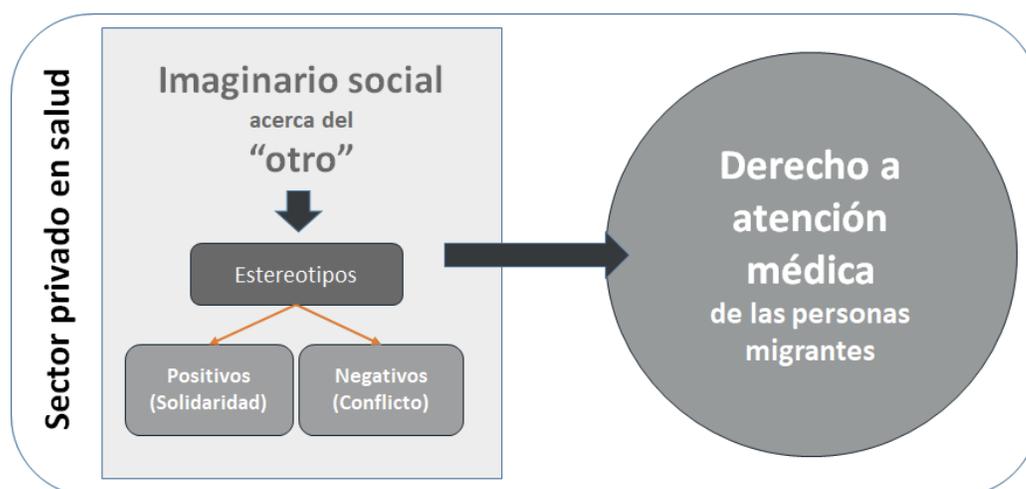
En la Figura 1 se describen las relaciones que integran la propuesta conceptual de análisis. Busca mostrar cómo se interpreta el derecho de las personas migrantes desde los imaginarios sociales de los proveedores de salud que laboran en el ámbito privado. Esta aproximación conceptual supone la intermediación de atributos y estereotipos tanto

positivos como negativos que surgen durante la consulta médica a personas migrantes. En este sentido, el derecho a recibir atención médica se supedita a actitudes de solidaridad o rechazo socialmente construidas frente a esta población usuaria del servicio médico.

Servicios de salud para población migrante en México: ¿Los CAF's como alternativa?

Se ha documentado que la utilización de servicios de salud no gubernamentales genera mayor confianza en población migrante con estatus migratorio irregular (Quiroz, et al., 2020). Estos servicios médicos no provistos por el Estado se asocian con percepciones de menor riesgo de detención o deportación, una mayor accesibilidad geográfica y menor burocracia. En algunas investigaciones se ha mapeado de manera tangencial la utilización de consultorios anexos a farmacias por parte de la población migrante (Santillán, 2020; Leyva, et al., 2016).

Figura 1. Atención en salud a personas migrantes desde los imaginarios sociales del personal médico



Fuente: Elaboración propia a partir del marco conceptual descrito, 2023.

Algunos estudios han reportado que esta población utiliza en mayor medida servicios de salud otorgados por la sociedad civil organizada. En su estudio, Leyva y colaboradores (2016) señalaron los lugares donde las personas migrantes en tránsito buscaron atención médica en ciudades del sur, centro y norte de México: los datos fueron consistentes al comparar las proporciones de personas atendidas en albergues para migrantes vs. unidades de salud gubernamentales: estos últimos registraron porcentajes más bajos, con excepción de Arriaga, Chiapas, donde la mayoría consultó en una clínica de IMSS-Prospera cercana a un albergue. Cabe mencionar que esta información debe ser leída con reserva por el sesgo de haber levantado la información únicamente en albergues (Leyva, et al., 2016). No obstante, resultados similares arrojó la Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México (CNDH, 2018). Del total de personas migrantes que manifestaron tener algún padecimiento, 42% acudió a consultorios en los albergues, 6.4% se atendió en alguna unidad pública de salud, 4.1% con médicos privados, 2.7% se automedicó, recurrió a organizaciones gubernamentales internacionales o a autoridades migratorias. El restante 40% no buscó atención médica.

En México, el esquema de Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) ha sido interpretado por algunos autores/as como parte de una política de salud neoliberal. Este modelo económico impulsa flujos de capital nacionales e internacionales en el rubro de la salud donde grandes inversionistas de la industria farmacéutica aprovechan las ventajas del desfinanciamiento de los servicios públicos (Díaz-Portillo, et al., 2015). Este paulatino debilitamiento del sistema público de salud da pie a una mercantilización de los servicios médicos, al aumento del aseguramiento y la atención privada

en salud (Osorio, 2019; Basile, 2020; Menéndez, 2005; Salinas-Arreortua, et al., 2021).

El crecimiento acelerado de las farmacias con consultorio ha sido posible por la financiarización de la economía. Este proceso se entiende como el papel cada vez más importante de instrumentos, mercados, actores e instituciones financieras en el funcionamiento de las economías nacionales e internacionales, y su impacto en diversas escalas, tanto en la producción del espacio urbano como en la vida cotidiana. (Salinas-Arreortua, et al., 2021, p. 32).

Los CAF's son una modalidad de atención médica con una amplia infraestructura que ha crecido con el tiempo. En 2010, tuvieron una gran expansión tras una regulación sanitaria que prohibió la venta de antibióticos sin receta médica; la industria farmacéutica abrió más consultorios de este tipo como una estrategia para evitar pérdidas monetarias. En el quinquenio 2010-2015, la red de CAF's pasó de 4 mil a 15 mil consultorios (Salinas-Arreortua, et al., 2021). Por su parte, Díaz-Portillo, et al. (2015) documentó que en 2013 había alrededor de 13 mil establecimientos de este tipo atendiendo a cerca de 10 millones de personas mensualmente. En 2020 este número había crecido a 17 mil consultorios a nivel nacional (Morán, 2021).

Según Osorio (2019), la operación de este esquema de atención médica ha significado para los servicios públicos de salud una disminución de la demanda médica y de medicamentos. Se calcula que estos espacios otorgan un promedio mensual de 6 millones de consultas, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) brinda un promedio de 8 millones al mes (Lezana, 2016). Morán (2021) señala que, del total de consultas

ambulatorias otorgadas en 2016, 35 % estuvo a cargo de CAF's y, Osorio (2019) documentó que 9.1% de la utilización total de los servicios médicos a nivel nacional se llevó a cabo en este tipo de establecimientos privados.

Metodología

Se realizó un estudio transversal exploratorio con un diseño cualitativo. Este abordaje responde al interés de profundizar en la subjetividad de actores sociales que brindan consulta médica a personas migrantes en el ámbito privado. Dada la escasa información sobre la utilización de CAF's por parte de personas migrantes y la dinámica que subyace al interior de estos espacios, el presente estudio pretende aportar elementos empíricos iniciales para futuras investigaciones sobre el tema.

El municipio de Monterrey fue seleccionado por formar parte de una ruta migratoria comúnmente transitada por población en situación de vulnerabilidad que se dirige a Estados Unidos (Arzaluz, et al., 2022). En los últimos años, estos flujos migratorios han permanecido por más tiempo en México debido a las políticas migratorias de contención mexicanas y estadounidenses como los Protocolos de Protección a Migrantes (*MPP* por sus siglas en inglés), Título 42 y Título 8 (Jasso, et al., 2021). Los mayores tiempos de estancia en diversos municipios mexicanos han visibilizado el reto de los gobiernos locales para garantizar los derechos sociales de esta población.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el primer semestre de 2023 en Monterrey, Nuevo León. Se realizaron dos muestreos por conveniencia: el primero se enfocó en los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) y el segundo al personal médico que labora en ellos. De acuerdo con datos de

la Secretaría de Salud, en Monterrey existen 111 consultorios anexos a farmacias operados por diferentes proveedores³. Para este trabajo se realizó un mapeo de consultorios de las cuatro empresas con mayor cobertura en la ciudad. Se seleccionaron CAF's en función de su cercanía con lugares donde se concentran personas migrantes en situación de vulnerabilidad. En el Mapa 1 se aprecia la distribución de CAF's en el municipio de Monterrey y la ubicación de albergues para migrantes, la central de autobuses y la delegación de la Comisión Mexicana para Ayuda a Refugiados (COMAR)⁴.

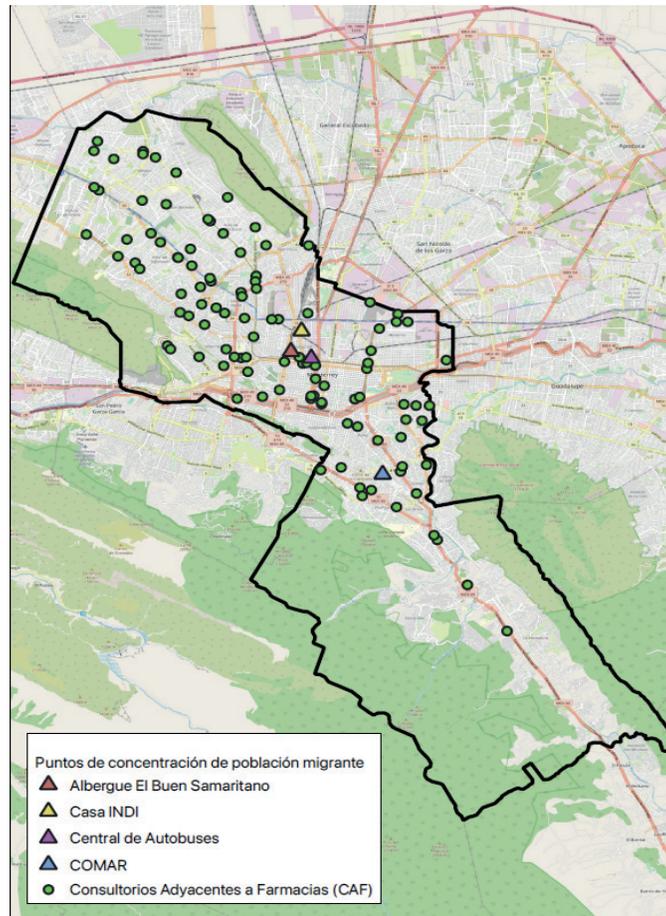
Se visitó un total de 20 CAF's localizados principalmente en el centro de la ciudad. Se invitó al personal médico de ambos turnos a participar en el estudio, teniendo como único criterio de inclusión haber brindado consulta médica a personas migrantes internacionales en situación de vulnerabilidad al menos en una ocasión. Al final se conformó una muestra de 15 informantes que se consideró suficiente al notar elementos repetitivos en las entrevistas.

Las entrevistas fueron individuales, cara a cara, dentro de los consultorios durante los "tiempos muertos" del personal médico. Dada la alta afluencia de población usuaria, en algunos casos no fue posible hacer la entrevista a pesar de contar con la disposición del médico. La duración de las entrevistas fue de 40 minutos en promedio. Se elaboró un consentimiento informado que fue leído previo a la entrevista. La mayoría de los y las participantes autorizó la grabación de sus testimonios en audio, con excepción de tres personas. Atendiendo al principio de confidencialidad, los

³ Este número podría ser un subregistro ya que no todos los consultorios de farmacias independientes cuentan con clave única (CLUES).

⁴ Poco tiempo después de esta investigación, la COMAR Delegación Monterrey cambió de domicilio a otro punto de la ciudad.

Mapa 1. Puntos de concentración de población migrante y Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) en Monterrey



Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, 2023

nombres de las farmacias y el personal médico se sustituyeron por claves y seudónimos.

La técnica de recolección fue la entrevista semi-estructurada. A partir de ella se buscó captar los imaginarios sociales sobre la migración internacional en Monterrey, los procesos de atención médica y el derecho de la población migrante a recibir atención médica. El instrumento fue validado mediante la triangulación con investigadores/as expertos/as en el tema y una prueba piloto.

Los testimonios fueron sistematizados con apoyo del programa Atlas Ti V8. Se usaron 12 códigos para segmentar los textos y se construyeron cuatro familias de códigos. A partir de ahí se diseñó la estrategia de análisis enmarcada en el enfoque de los imaginarios sociales usando las categorías de análisis: actitudes en torno a la otredad y percepciones del derecho a la salud.

El personal médico entrevistado tuvo un perfil diverso en términos etarios, antigüedad laboral

y lugar de origen. El rango de edad osciló entre 26 y 65 años y el tiempo laborado en el sistema CAF fue desde tres semanas hasta 13 años. Seis informantes declararon ser originarios de otra entidad federativa o país. En cuanto a su formación profesional, la mayoría eran médicos/as generales y dos tenían una especialidad médica. Durante su

trayectoria académica, sólo cuatro habían recibido algún curso relacionado con poblaciones vulnerables, derechos humanos o interculturalidad. Tres mencionaron tener conocimientos de francés, lo cual representó una ventaja al momento de interactuar en consulta con población haitiana que hablaba dicho idioma (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Perfil de la población entrevistada

No.	Sexo	Edad (años)	Entidad o país de nacimiento	Institución de egreso	Nivel de estudios**		Antigüedad en CAF	Curso derechos humanos o afín	Manejo de otro idioma***
					Lic.	Esp.			
1	M	32	Nuevo León	UANL*	✓		2 años	✓	
2	F	48	Nuevo León	UANL	✓		7 años		
3	F	38	Nuevo León	UANL	✓		13 años	✓	
4	M	51	San Luis Potosí	UANL	✓		2 años		
5	M	30	Nuevo León	UANL		✓	2 años	✓	✓
6	F	30	Tamaulipas	UANL	✓		2 años		
7	F	28	Sinaloa	Universidad Autónoma de Durango	✓		8 meses		
8	M	31	Estado de México	UANL		✓	2 años y medio		
9	F	38	Nuevo León	UANL	✓		1 año, 9 meses		
10	M	65	Nuevo León	UANL	✓		s/d		
11	F	50	Guanajuato	UANL	✓		3 años y medio		
12	M	39	Costa Rica	Universidad de Montemorelos	✓		2 años		✓
13	F	26	Nuevo León	UANL	✓		3 semanas	✓	✓
14	M	29	Nuevo León	UANL	✓		1 año		
15	M	56	Nuevo León	UNAL	✓		5 años		

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2023.

* Universidad Autónoma de Nuevo León

** Licenciatura o especialidad.

*** Inglés y/o francés.

Imaginarios médicos sobre migración y derecho a la salud en los CAF's

Con base en los testimonios se describe la interacción de los CAF's con otros proveedores de salud públicos y privados en un micro-sistema de salud que brinda atención a la población migrante. Así mismo, se analizan los imaginarios sociales de los entrevistados en torno a la migración en Monterrey y el derecho de las personas migrantes a recibir atención en los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's).

El papel de los CAF's en la atención a población migrante en Monterrey

Los CAF's forman parte de la atención médica brindada a la población migrante en Monterrey. Estos establecimientos privados reciben la demanda de atención de personas provenientes de América Latina y el Caribe. Los principales países de origen de esta población migrante identificados por el personal médico fueron: Honduras, El Salvador, Venezuela, Colombia y Haití.

La red de CAF's se distingue por ofrecer servicios de tipo preventivo y ambulatorio de bajo costo. La infraestructura y equipo médico suele variar entre consultorios, pero en general disponen de lo elemental o, incluso algunos carecen de insumos básicos que el propio personal médico llega a costear de su bolsa. El costo de la consulta se considera "bajo" al compararlo con otros consultorios privados en la ciudad, cuyo monto aproximado es de \$400 pesos⁵, mientras que los CAF's cobran en promedio \$45 pesos, con excepción de una empresa que establece una cuota voluntaria.

⁵ Este dato se obtuvo de una pesquisa en internet sobre costo de consultas generales en el sector privado en Monterrey.

Aunque no se dispuso de un dato oficial para conocer la proporción de personas migrantes atendidas en los CAF's⁶, fue posible aproximarse a esta información mediante las percepciones y los registros del personal médico. Los informantes señalaron que el promedio de consultas semanales a personas migrantes fluctúa dependiendo de la época del año o la llegada de alguna caravana migrante a la ciudad. Otro factor que contribuye a esta variación es la proximidad del CAF con zonas donde se concentra población migrante. En los consultorios más cercanos a estas zonas se mencionó que en promedio 45% de los usuarios son migrantes internacionales y en los más lejanos el 15% en promedio. En este sentido, un médico extranjero egresado de la Universidad de Montemorelos mencionó:

(...) depende de la época, por ejemplo, el año pasado hubo bastantes [migrantes], hasta llegar a un 30%, pero muchos se fueron y bajó un poco. Pero de repente, la semana pasada atendí unos 15 ó 20 pacientes [migrantes], entonces varía, pero sí es bastante [D 12: F12].

Dada la numerosa presencia y visibilidad de los CAF's en la ciudad, estos establecimientos llegan a representar para la población migrante el primer punto de encuentro con el sistema local de salud. A primera vista, esta red de proveedores ofrece accesibilidad geográfica debido a su numerosa presencia en la ciudad, además de que el contacto se establece directamente con el personal médico o farmacéutico. El acceso a los CAF's no está mediado por guardias de seguridad ni personal administrativo, no se requiere solicitar cita, ni tampoco

⁶ Se solicitó información a la Secretaría de Salud y a la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) a través del Instituto Nacional de Transparencia (INAI). Específicamente, se solicitó el número de consultas otorgadas en los CAF's a personas migrantes internacionales en Monterrey. Ninguna contaba con dicha información.

mostrar un documento de identidad⁷, factores que han sido reportados como barreras de acceso a los servicios de salud gubernamentales (Manchineily, 2021; Stoesslé, et al., 2020). Al indagar sobre un posible condicionamiento de la consulta médica a mostrar una identificación, un informante mencionó: “(...) preferimos dar la atención que bloquearlos. Si no traen identificación confiamos en su buena fe, en su buena palabra. Les decimos que están protegidos en confidencialidad, que nosotros no somos autoridades y nos dicen toda la verdad” [D 5: F05Si].

Aunque estos espacios están destinados a atender padecimientos ambulatorios, en la práctica también reciben casos complejos que superan su capacidad instalada. Entre los motivos de consulta de la población migrante se mencionaron infecciones en vías respiratorias, sobre todo en niñas y niños, infecciones gastrointestinales, agotamiento, hipertensión, diabetes, enfermedades dermatológicas e infecciones de transmisión sexual. También se reportaron brotes epidémicos como infestación de chinches, piojos y varicela generalmente presentes en personas hospedadas en un albergue ubicado en el centro de Monterrey. Así mismo, se mencionó que esta población ha llegado a requerir atención de emergencia o especializada para casos con pre-infartos, hemorragias o necesidades de atención prenatal y reproductiva⁸. Estos motivos de consulta concuerdan con lo reportado en otros estudios sobre acceso de población migrante a servicios de salud gubernamentales en México (López, 2014; Flores, 2022).

7 Se llega a solicitar una identificación a la persona migrante únicamente cuando el personal médico desconoce cómo escribir los nombres de los usuarios por ser poco comunes en México.

8 Los y las entrevistadas mencionaron recibir frecuentemente a mujeres migrantes embarazadas. Dado que los CAF's no disponen de infraestructura e insumos para brindar esta atención, su labor se enfoca en educar a esta población en el cuidado de su embarazo y en referirla a centros públicos de salud.

La limitada capacidad de respuesta de los CAF's desemboca necesariamente en una derivación de las personas usuarias a otros proveedores de salud cuando éstas requieren atención especializada o exámenes de laboratorio⁹. De acuerdo con los/las informantes, el protocolo de referencias que se emplea para población local y migrante es el mismo, salvo ciertas particularidades. Las referencias de personas migrantes son frecuentes y el procedimiento varía según el criterio de cada médico y médica: a veces se emite una receta médica que incluye el nombre, edad y síntomas de la persona y, otras veces se canaliza sin receta.

En estos procesos, el personal entrevistado fungía regularmente como fuente de información sobre otros proveedores de salud. Cuando las personas migrantes mencionan desconocer el sistema de salud, los médicos proporcionan nombres, ubicación, costos e incluso mapas elaborados a mano para indicar cómo llegar a pie o en transporte público. En casos de padecimientos graves, algunos médicos mencionaron que brindan apoyo llamando a una ambulancia, taxi o patrulla para agilizar el traslado a una sala de urgencias. Una vez que se canaliza a las personas migrantes con otros proveedores de salud, no existen mecanismos de comunicación interinstitucional que permitan dar seguimiento médico a estos usuarios.

En la Figura 2 se muestran los proveedores de salud involucrados en las referencias médicas por nivel y tipo de atención. En este micro-sistema de salud, los CAF's son la unidad de atención más básica, seguidos de los centros públicos de salud¹⁰. En el mecanismo de referencias médi-

9 Las referencias y contrarreferencias médicas son protocolos empleados en los servicios de salud para derivar a las personas usuarias al nivel de atención que requieren según su tipo de padecimiento y mantener un seguimiento de los casos.

10 De acuerdo con datos de la SSA (2003), había 48 centros públicos de salud en funcionamiento en Monterrey.

cas, se identificó un albergue ubicado en la zona centro que, según los y las informantes, deriva a las personas migrantes enfermas a los CAF's. En cuanto a la atención hospitalaria y de emergencias, las opciones gubernamentales se reducen a dos hospitales generales y un hospital de alta especialidad Materno Infantil y, en el sector privado, los informantes realizan referencias al Hospital Universitario, a otro hospital de beneficencia y a laboratorios; previo a ello, el personal médico indaga si la persona migrante está en condiciones de pagar por estos servicios.

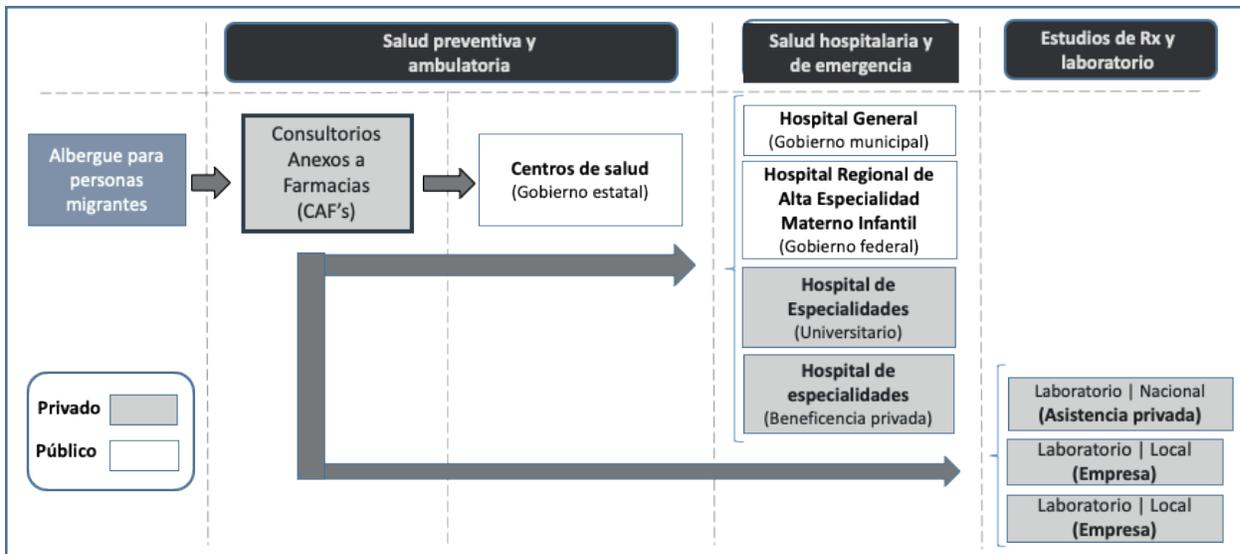
Durante la pandemia por COVID-19, los informantes señalaron haber recibido una alta demanda de atención de personas migrantes con síntomas severos. Esa coyuntura significó una situación constante de estrés para ellas y ellos, ya que poco podían hacer frente al estado crítico que las personas presentaban. Así mismo, se reportó

que algunas personas migrantes solicitan ser atendidas en los CAF's sin importar la gravedad de su enfermedad, lo cual llega a generar tensión con el personal médico como se verá más adelante.

1.2 Imaginarios médicos en torno a la migración

Los imaginarios sociales del personal médico en torno a la migración se analizan empleando la noción de otredad. Esta visión se nutre de elementos simbólicos como atributos y estereotipos que influyen en la forma de observar a los demás. Una forma de identificar la construcción social de la otredad en el contexto migratorio es mediante la manifestación de actitudes etnocéntricas en las comunidades de acogida, principalmente aquellas con fuertes sentimientos nacionalistas o regionalistas que establecen fronteras espaciales (Dittus, 2011).

Figura 2. Proveedores de salud y procesos de referencia de personas migrantes en Monterrey, Nuevo León



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en las entrevistas, 2023.

En este sentido, los imaginarios sociales del personal médico entrevistado se producen dentro de un imaginario hegemónico más amplio propio del contexto social donde habitan. En Monterrey, Nuevo León, escenario de este estudio, se ha distinguido históricamente por su poca receptividad a la migración irregular. Para Prado y González (2023) “la sociedad de Nuevo León se ha caracterizado por ser una sociedad ‘cerrada’ y socializa preferentemente entre las personas originarias de allí” (p.150). Este aspecto de la sociedad neolonesa restringe la integración social al invisibilizar a las personas migrantes. Este aspecto también fue documentado por Ríos y Lara (2020) en su estudio sobre integración de las personas en movilidad en la Zona Metropolitana de Monterrey, donde reportaron imaginarios sociales de estigmatización y criminalización en actores locales hacia personas migrantes de ciertas nacionalidades.

Los imaginarios sociales acerca de la otredad son operacionalizados en este trabajo a través de una gama de estereotipos que suelen materializarse en actitudes de solidaridad, rechazo o conflicto. En este estudio, los discursos del personal médico sobre la otredad se configuraron en función del estatus migratorio, el país de origen, el tiempo de estancia en la ciudad y la apariencia física percibida en las personas migrantes. En general, las personas de origen haitiano, cubano y venezolano fueron asociadas por los entrevistados con el valor del esfuerzo, el trabajo y un estatus regular en territorio mexicano, mientras que personas provenientes de países centroamericanos, principalmente de Honduras, tendieron a ser encasilladas en imaginarios de desconfianza e “ilegalidad”:

Los haitianos vienen refugiados, son legales, yo estoy a favor de eso 100%, ellos pueden trabajar, pueden estar aquí. La gente que no, les dan trabajos muy mal pagados porque no tienen pa-

peles, entonces [su situación] se convierte en una esclavitud. El 90 por ciento de hondureños y guatemaltecos dice que los venían persiguiendo y que no hay trabajo [en su país de origen], pero son gente no muy buena muchas veces, eh. Los venezolanos, te dicen, ‘yo era técnico radiólogo o, yo era ingeniero matemático’, entonces es gente que tuvo que salir por otras necesidades ya fisiológicas, porque no había que comer. Yo creo que la educación aquí es una barrera y la gente poco educada que me llega son gente de Guatemala y Honduras, también de El Salvador (D 5: F05Si).

El tiempo de estancia de las personas migrantes en Monterrey suscitó actitudes solidarias cuando se hablaba de estadías cortas. No obstante, pensar en una permanencia prolongada o indefinida produjo actitudes de rechazo en algunos informantes por considerar que su presencia a largo plazo ocasiona una situación compleja, tanto para las personas migrantes como para la ciudad que, a decir de los entrevistados, no dispone de infraestructura y servicios suficientes para atenderlas. En este sentido, un informante señaló:

Creo que es como en cualquier país, es complicado que haya personas de otros países sin trabajo, sin una protección, sin un techo, sin un hogar; viniendo a otro país los convierte en una población vulnerable y al mismo tiempo es un problema legal (D 7: F07Si).

Esta narrativa contribuye a la construcción de un imaginario social de personas migrantes en una condición de subsistencia que en ocasiones las llega a marginalizar y criminalizar (Dittus, 2011).

El surgimiento de estereotipos negativos hacia esta migración puede explicarse también a partir de imaginarios fundados en sentimientos de mie-

do e inseguridad. Seveso (2009) y Aliaga (2008) señalan que ciertas situaciones desconocidas pueden interpretarse como amenazantes y originar atmósferas confrontativas hacia quienes representan la otredad. Algunas actitudes de rechazo en el personal médico se antecedieron de experiencias conflictivas con individuos que identificaron como migrantes internacionales. Las narrativas en torno al “otro” se habían construido a partir de experiencias percibidas como amenazantes reflejadas en discursos como: “No te va a gustar lo que voy a decir, voy a hablar muy mal de ellos. Los migrantes no te dan ni las gracias, [...] son unos malandros, vienen tatuados y a veces drogados” (D10: F10A); tales vivencias se tradujeron en la negación del servicio médico a población percibida como migrante, sin detenerse a considerar el derecho que toda persona tiende a ser atendida. En el mismo tenor, una informante mencionó sentirse indignada a raíz de una interacción que tuvo dentro del consultorio médico con una persona presuntamente hondureña:

Yo tuve una muy mala experiencia con un migrante que vino y me asaltó en el consultorio, se hizo pasar por paciente. Estoy indignada, porque como puede ser que una persona que viene de otro país, que se le está acogiendo en México haga esas cosas, sé que también puedo estar expuesta a una situación de inseguridad con pacientes mexicanos, pero que vengan personas de fuera de México a cometer ese tipo de acciones, no me parece (D11: F11S).

Un aspecto a destacar en estas narrativas es que la inseguridad en la ciudad se percibía como una situación latente que podía ser perpetrada por personas mexicanas, pero se concebía como inaceptable si era realizada por personas migrantes. Nuevamente, la relevancia de este tipo de discursos es la posterior decisión de continuar brindan-

do o no atención médica a las personas migrantes anteponiendo una selección de ciertas nacionalidades.

Por otro lado, algunas actitudes solidarias se originaron en imaginarios de otredad basados en la conciencia de una estructura social desigual que tiende a excluir a las personas migrantes y, en general, a las personas en situación de calle. Algunos informantes mencionaron conocer de *viva voz* las vicisitudes y riesgos experimentados por las personas migrantes durante su trayecto y durante su estancia en la ciudad en Monterrey, ya que varios afirmaron haber dedicado parte de la consulta a escucharlos y aconsejarlos, sobre todo cuando valoraban en las personas una potencial depresión o ansiedad.

Sí imagínate, se los roban en la selva. Con lo que te platican que les pasa al cruzar, yo he aprendido mucho a través de ellos. Tienen que venir acompañados y aún así no es garantía, porque le han hecho cosas horribles a mucha gente. Y aquí en Chiapas, ya ni siquiera hablamos de la selva de centroamérica, en Tapachula me han dicho que está muy feo y que los malos los agarran y que han violado a mujeres [...] Como dije en un principio, la gente que viene de otros países son vulnerables, porque no tienen a veces la voz, ni identificación, les da miedo ir a autoridades, porque los van a regresar (D 2: F02S).

Los imaginarios sociales del personal médico sobre las personas migrantes varían de acuerdo a las experiencias previas que han tenido con esta población. La nacionalidad, el estatus migratorio y tiempo de estancia de las personas migrantes emergieron como elementos que dan forma a tales imaginarios. En general, la imagen de la

persona migrante se asocia con vulnerabilidad y precariedad:

El promedio de gente migrante que viene acá son personas con poco dinero, que su dinero viene de lo que le mandan sus familias de Sudamérica o Centroamérica, se quedan en albergues, no tienen servicios de salud, tiene poco aseo personal y a veces se ve que es gente de buena pinta, pero no tienen trabajo, no tienen un techo, batallan para ciertas necesidades físicas básicas” (D 6: F06S).

Asimismo, las percepciones de los y las informantes sobre la migración están influenciadas por una sociedad regiomontada que históricamente se ha caracterizado por un marcado sentimiento nacionalista que excluye a la población migrante en situación de vulnerabilidad.

1.3 Sobre el derecho de las personas migrantes a ser atendidas en los CAF's

Los Consultorios Anexos a Farmacias forman parte de los servicios privados que según la Ley de Migración deben brindar atención a personas migrantes. En términos generales, el personal médico reconoció dicho derecho, pero lo asoció principalmente con los servicios de salud gubernamentales. En algunas narrativas, el derecho a la salud se admitió pero manteniendo el imaginario de otredad relativo a la adscripción de las personas a otras nacionalidades que, en ocasiones, poseen un estatus administrativo irregular en el país. En este sentido, un médico comentó: “Definitivamente sí tienen derecho [a la salud] y ese es uno de los motivos por los cuales cuando vienen aquí no los reportamos, no es como que ‘¡Hay un migrante!’, viene a atender su salud” (D 4: F04S). Discursivamente, este derecho se acompaña en

sus imaginarios de “ilegalidad” y de su eventual poder para canalizar a estas personas con las autoridades migratorias. Así mismo, se criticó que no existan mecanismos para instrumentar la normatividad que establece el derecho a la salud de las personas migrantes: “hay una ley, pero está en un papel, no en una acción, un plan que te diga cómo vas a solucionarlo, si el mismo centro de salud les tapa la entrada desde que llegan con el guardia” (D2: F02Si). A continuación se exploran otras subjetividades que intervienen en el derecho de las personas migrantes a recibir atención médica en los CAF's.

El primer aspecto se enmarca en la naturaleza privada de los Consultorios Anexos a Farmacias. Desde la perspectiva del personal médico, los CAF's no están dirigidos a personas migrantes en situación de vulnerabilidad, dado que no siempre están en posibilidad de pagar la consulta y/o los medicamentos: “Las farmacias no son tanto como centros clínicos, son negocios de venta de salud, el que debería estar haciéndolo es el centro de salud, porque es el que está relacionado con el gobierno” (D1: F01Si). No obstante, esta expectativa contrasta frecuentemente con la realidad, ya que estos establecimientos reciben la demanda de atención de personas migrantes, sobre todo, aquellos localizados cerca de un albergue que envía directamente a sus hospedados enfermos a los CAF's: “Siempre dicen: ‘Es que me manda el pastor’, y yo les digo: ‘Pues aquí le cobran la consulta, porque no es público’” (D3: F03S). Al respecto varios informantes comentaron que reciben con mayor frecuencia a personas de dicho albergue cuando se produce algún brote de virus o infestaciones parasitarias dado el hacinamiento en el que viven: “Llevo como tres semanas viendo varicela en todos los migrantes, un chorro de varicela” (D 6: F06D).

Si bien se espera que el gobierno asuma la garantía del derecho a la salud de las personas migrantes, también se reconoció la existencia de algunas barreras para acceder a las unidades públicas de primer nivel de atención. Algunos médicos descartan de inicio referir a las personas migrantes a centros públicos de salud, porque han escuchado que las excluyen por no cumplir con los requisitos administrativos. Un médico originario del Estado de México comentó: “En el centro de salud los batean... les dicen, tráeme tu acta de nacimiento, tu comprobante de domicilio, tráeme esto, lo otro, y no tienen nada. En el hospital tampoco llevan nada, pero los atienden” (D8: F08Si). Por tanto, las referencias médicas en algunos casos se realizan directamente al hospital o a las salas de urgencias, según la gravedad del padecimiento, por considerar que en esos espacios es mayor la posibilidad de que sean atendidos.

Un aspecto que influyó de manera relevante en la postura de las y los médicos respecto a la gratuidad de la consulta fueron sus condiciones laborales. De acuerdo con Morán (2020), existe modalidades heterogéneas de contratación en los CAF's que conllevan diferencias en la estabilidad laboral, remuneraciones y prestaciones sociales; estas modalidades podrían clasificarse en tres: “con contrato escrito, contrato verbal y contrato por comodato” (p. 263); de estos únicamente el primero ofrece un sueldo base, mientras que el comodato constituye el esquema más flexible que no involucra una relación laboral, ya que consiste únicamente en proporcionar en calidad de préstamo al personal médico un consultorio con equipo e insumos básicos (Díaz-Portillo, et al., 2017). La idea de no cobrar la consulta originó diversas reacciones, las más discordantes se identificaron en médicos cuyas condiciones laborales podrían ser más precarias y cuyo sueldo se conformaba únicamente del pago de las consultas:

Nunca me quieren pagar y eso ya me pesó... le digo a una amiga: 'Güey, yo no quiero ser racista, pero me caga que no me quieran pagar y que yo también tengo una necesidad, ¿sabes?'. Yo tampoco soy rico y que ojete que pasen por situaciones así, pero a mí no me toca y probablemente ellos estén más necesitados que yo, pero tampoco. Incluso me llegaban a pedir dinero, al principio sí lo hacía, ya después cuando te piden diez veces al día, ya no (D 8: F08Si).

Así mismo, no sólo se trataba del pago, sino del tiempo dedicado a la consulta, por tanto, la búsqueda de un mayor ingreso se vinculó con consultas de corta duración. De acuerdo con los informantes, la interacción con pacientes migrantes presenta ciertas particularidades que alargan las consultas como, por ejemplo, ingresar al consultorio en familia, el uso de traductores en línea cuando la persona no habla español y/o la necesidad de las personas de narrar lo vivido durante el trayecto migratorio. Cualquiera de estas situaciones o la suma de ellas significa para algunos/as médicos/as una pérdida monetaria dado el tiempo que pudo destinarse a otras consultas: “Me molesta que venga la familia completa, que me paguen una [consulta] y se atiendan los cinco, tardo bastante. Son pacientes que te quitan una hora de tu tiempo y te van a pagar \$50 pesos, yo tengo más pacientes que pudiera atender” (D 8: F08Si).

En contraste, una excepción se identificó en un médico extranjero contratado bajo el mismo esquema de comodato. Él aseguró no cobrar la consulta cuando las personas - migrantes o no migrantes - carecen “visiblemente” de recursos para cubrir sus necesidades básicas. En un acto de caridad, el médico originario de Costa Rica se basaba en los relatos de las personas y en su apariencia física para decidir si los exentaba del pago.

Por otro lado, existen CAF's que ofrecen a sus médicos condiciones laborales más estables con un contrato, sueldo base y prestaciones de ley. Informantes con este tipo de contrato mencionaron haber exentado el pago de algunas consultas a personas migrantes por así corresponder a sus valores personales:

Si veo que una persona no va a poder pagar, o me dicen que no pueden pagar la consulta, no los mando a pagar. No los capturo [en el sistema], pero registro su información a mano. A mí la verdad me cala mucho que son \$60 pesos de consulta, más lo que tengan que gastar en medicamentos o laboratorio. [Esta farmacia] tiene una política de cobrar sin importar nada, pero yo personalmente no” (D 13: F13B).

Este testimonio ilustra la independencia del personal médico respecto a la política de la empresa contratante y, al mismo tiempo, evidencia la diversidad de actitudes y tratos que puede enfrentar la persona migrante al buscar atención en estos establecimientos privados.

Un segundo grupo de imaginarios sociales en torno a la atención médica a personas migrantes se construyó durante escenas de tensión dentro del consultorio. Se identificaron puntos de desacuerdo originados, por un lado, en el desconocimiento de las personas migrantes sobre cómo funciona el sistema local de salud en Monterrey y, por otro, en las diferencias culturales y normativas en salud que prevalecen en los países de origen de esta población.

En cuanto al primer aspecto, los informantes señalaron que las expectativas de atención de las personas migrantes suelen superar la capacidad instalada de los CAF's. Más aún, dichas expectativas llegan a convertirse en una exigencia de recibir

ahí mismo atención especializada o exámenes de laboratorio. Al respecto, un médico señaló: “Ellos no alcanzan a entender que aquí es un consultorio pequeño, se molestan porque quieren que aquí a fuerza se les atienda, se les haga ecos, exámenes de sangre” (D03: F03So). Al mismo tiempo, el personal médico señaló no estar dispuesto a correr el riesgo de atender a personas migrantes con un estado de salud grave, como ocurrió durante la pandemia por COVID-19, debido al temor de incurrir en un problema legal ante un posible fallecimiento dentro del consultorio.

El segundo aspecto se refiere al desencuentro entre el uso de fármacos de las personas migrantes y la normatividad que regula la prescripción de medicamentos en México. Según los testimonios, algunas personas migrantes, principalmente de Honduras y Nicaragua, llegan directamente con el médico/a solicitando medicamentos controlados, como antibióticos, descartando de inicio la consulta médica y un diagnóstico¹¹. La negativa del personal médico de proporcionar estos medicamentos es causa de conflicto. A decir de los y las médicas, ante esta situación las personas migrantes se sienten estafadas por tener que pagar una consulta médica para acceder a medicamentos que en su país de origen son de libre venta, mientras que el personal médico interpreta que las personas migrantes los perciben como vendedores de recetas médicas.

Finalmente, otro grupo de imaginarios sociales se inscribe particularmente en la consulta médica a personas que no hablan español, básicamente de nacionalidad haitiana. En los imaginarios sobre migración, la mayoría de los y las informantes mostró una actitud amigable hacia la población

¹¹ En 2010, la venta de estos medicamentos fue controlada en México con receta médica, no obstante, en algunos países de América Latina continúan siendo de venta libre.

haitiana que, en general, es percibida como “gente trabajadora”. Este estereotipo pareció haber tenido eco en la disposición de buscar estrategias para comunicarse en consulta con esta población. Con excepción de un médico con conocimientos de francés, el resto mencionó usar traductores en sus teléfonos portátiles para comunicarse en francés, creole o inglés, o bien pedían a la usuaria/o llegar acompañado/a por una persona de confianza que pudiera fungir como intérprete. Al respecto, un informante contó su interacción con un hombre haitiano:

Supé que era de otra parte, lo raro es que hablaba inglés, a lo mejor se le hizo más fácil comunicarse así, no sé. Me dijo que había nacido en Haití, entonces yo le dije “I don't speak english” y con un traductor empezamos a comunicarnos (D 7: F07S).

A pesar de estas estrategias, algunos médicos mencionaron sentirse inconformes, porque el intercambio no es totalmente fluido y no saben si las personas comprendieron bien las indicaciones. Un aspecto a resaltar fue que ante la carencia de protocolos de atención intercultural en los CAF's, los informantes no consideraron necesario generar guías de apoyo o recibir capacitaciones que les facilite la interacción con población migrante.

Reflexiones finales

El Artículo 8 de la Ley de Migración en México señala que las personas migrantes tienen derecho a recibir atención médica en los servicios públicos y privados en salud. Dada la escasa información generada sobre lo que ocurre en el ámbito privado, este estudio buscó explorar, desde una aproximación cualitativa, las percepciones del personal médico que labora en los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) en Monterrey, Nuevo León.

A primera vista, los CAF's podrían percibirse como una alternativa de atención médica para la población migrante internacional. La numerosa presencia y visibilidad de estos establecimientos en la ciudad facilita su localización a cualquier persona, incluso sin conocer el sistema de salud local. A diferencia de los servicios públicos de salud, acceder a una consulta en los CAF's no amerita pasar por procesos administrativos para solicitar una cita, ni tampoco mostrar un documento de identidad o la Clave Única de Registro de Población (CURP) para recibir la atención.

No obstante, desde una mirada más crítica el derecho de las personas migrantes a ser atendidas se ve cuestionado ante la naturaleza privada de estos establecimientos. Aunque los CAF's se caractericen por ofrecer bajos costos, su lógica de operación está basada en la venta de un servicio y no en el respeto del derecho de toda persona a la protección de su salud. Más aún, la búsqueda de ganancia de estas empresas genera un *corto circuito* frente a población que suele disponer de lo básico para subsistir en la ciudad. A pesar de ello, las personas migrantes en tránsito son atendidas en algunos CAF's, generando diversas interacciones escasamente documentadas.

Desde los imaginarios sociales del personal médico se identificó que la consulta médica a población migrante está condicionada por varios factores. En primer lugar, los estereotipos sobre las personas migrantes en torno a su nacionalidad, estatus migratorio y tiempos de estancia en la ciudad supeditaron ciertas actitudes de solidaridad del personal médico hacia personas haitianas o venezolanas que fueron distintas hacia personas provenientes de Centroamérica. Estas actitudes también se originaron en experiencias con personas presuntamente migrantes que desembocaron en imaginarios de inseguridad y riesgo e influye-

ron en la decisión de las personas entrevistadas de no brindar más consultas a personas de ciertas nacionalidades. En este sentido, los resultados de este estudio encuentran consistencia con lo reportado por Flores (2022) y Stoesslé y González (2020) quienes documentaron cómo las decisiones discrecionales y los prejuicios del personal médico hacia las personas migrantes actúan como barreras simbólicas en los servicios públicos de salud.

Un tema polémico que emergió en los testimonios fue la incompatibilidad entre la gratuidad del derecho a la salud en México y la naturaleza privada de los CAF's. Un elemento estructural relevante que influyó en las posturas sobre otorgar consultas gratuitas fue la heterogeneidad de las condiciones laborales del personal médico. Salvo contadas excepciones, los informantes que no tenían un sueldo base mostraron mayor desacuerdo en no cobrar, porque significaba un detrimento en su ingreso. Por su parte, el personal médico con condiciones laborales estables declaró que independientemente de la política de la empresa contratante, se otorgan eventualmente consultas gratis de manera subrepticia, es decir, sin registrar a la persona en el sistema, cuando consideran que ésta no puede pagar o cuando solicita explícitamente el apoyo.

Se encontró una variedad de imaginarios sociales y actitudes frente a la migración. Ello representa

para las personas migrantes una gama de situaciones ambivalentes que pueden expresarse en solidaridad o rechazo, por tanto, las experiencias de atención en salud son distintas en cada caso. Aún cuando en términos generales se reconoció el derecho de las personas migrantes a la salud en México, dicho reconocimiento tendió a fragilizarse al relacionarlo con los CAF's.

Estos hallazgos llevan a concluir que la inclusión de los servicios de salud privados en la legislación migratoria puede ser pertinente en aras de evitar actos discriminatorios en estos establecimientos. Sin embargo, la atención a personas migrantes en los CAF's no debe darse por sentada sin la debida intervención gubernamental. Así mismo, esta evidencia exige redoblar esfuerzos en implementar un enfoque intercultural también en el sector privado, sin perder de vista que el Estado sigue siendo el garante del derecho a la salud a través de la infraestructura pública destinada para ello.

Una limitación de este estudio se encuentra en los perfiles del personal médico entrevistado. No se captaron las percepciones de aquellos que mencionaron tener prohibido por la empresa farmacéutica atender a personas migrantes. Finalmente, en futuras investigaciones sería recomendable analizar las experiencias de las personas migrantes y solicitantes de refugio que han utilizado estos servicios privados en su estancia o recorrido por territorio mexicano.

Referencias bibliográficas

- ALIAGA, F. (2008). "Algunos aspectos de los imaginarios sociales en torno al inmigrante" *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 39:1-40.
- ARZALUZ, S.; URIBE, F. y HERNÁNDEZ, O. (Coords.). (2022). En búsqueda del refugio: pobla-

ción migrante haitiana en tres ciudades del noreste de México. Reporte de investigación. México. El Colef. 190 pgs. Recuperado de: <https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2022/02/En-bu%C3%81queda-del-refugio-comprimido-3MB.pdf>

- BAEZA, M. (2011). “Elementos básicos de una teoría fenomenológica de los imaginarios sociales”. En: Coca, J.; Valero, J.; Randazzo, F. y Pintos, J.L. (coords.). *Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales*. España: TREMN – CEASGA, 31-42.
- BASILE, G. (2020). “Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe”. *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano*, CLACSO, Núm. 73:1-6.
- CNDH. (2018). Los desafíos de la migración y los albergues como oasis. Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Informes/Especiales/Informe-Especial-Desafios-migracion.pdf> (consulta 6 de agosto de 2024).
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, [C.P.E.U.M.], Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 5 de febrero de 1917, (México).
- DÍAZ-PORTILLO, S.; IDROVO, A.; DRESER, A.; BONILLA, F.; MATÍAS-JUAN, B. y WIRTZ, V. (2015). “Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración”, *Salud Pública de México*, vol. 57, Núm. 4:320-328.
- DÍAZ-PORTILLO, S.; REYES-MORALES, H.; CUADRA-HERNÁNDEZ, S.; IDROVO, J.; NIGENDA, G. Y DRESER, A. (2017). “Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 31, Núm. 6:459-465.
- DITTUS, R. (2011). “El imaginario social del otro inferiorizado. Taxonomía de la alteridad como espejo del yo contemporáneo”. En: Coca, J., Valero, J., Randazzo, F. y Pintos, J.L. (coords.). *Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales*. España: TREMN – CEASGA, 67-98.
- FLORES, J. (2022). *Análisis del prejuicio hacia migrantes centroamericanos en tránsito por México en el personal de los servicios públicos de salud*. [Tesis doctoral, El Colegio de la Frontera Norte]. Repositorio <https://posgrado.colef.mx/tesis/20191512/>
- GIROLA, L. y DE ALBA, M. (2018). “Imaginarios y representaciones sociales. Un estado del arte en México”. En: Felipe Aliaga, María Lily Maric y Cristhian Uribe (edits). *Imaginarios y representaciones sociales. Estado de la investigación en Iberoamérica*. Bogotá: Universidad Santo Tomás, 349-424.
- GONZÁLEZ, N. y NIN, C. (2018). “Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud”, *ConCiencia-Social. Revista digital de Trabajo Social*, vol. 1, Núm. 2:179-186.
- JASSO, R. y CEJUDO-ESPINOSA, L. (2021). “Espacios de estancia prolongada para la población migrante centroamericana en tránsito por México”, *Frontera norte*, vol. 33, e2075. Epub. <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2075>
- LEY DE MIGRACIÓN, [L.M.], Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 25 de mayo de 2011, (México).
- LEYVA, R., INFANTE, C. y QUINTINO, F. (Edits). (2016). *Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud*. México. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4774-migrantes-transito-mx.html> (consulta 23 de agosto de 2024).
- LEZANA, M. (2016). “Consultorios adyacentes a farmacias privadas: calidad de los servicios de salud y calidad de vida laboral”, Editorial. *Revista CONAMED*, vol. 21, Núm. 1:3-4.
- LÓPEZ, B. (2014) Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. México. https://sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx/assets/diagnostico_acceso_servicios_de_salud.pdf (consulta 22 de octubre de 2024).
- MANCHINELLY, D. (2021). “El acceso a la salud de la migración irregular en México”. México: CISS:

- CISS: CASBSS, 36.
- MENÉNDEZ, E. (2005). “Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales”, *Salud Colectiva*, vol. 1, Núm. 2:195-223.
- MORÁN, A. (2020). *Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la ciudad de México. Saberes médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención*. [Tesis Doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología]. Repositorio <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1022>
- MORÁN, A. (2021). “Los consultorios adyacentes a farmacia en tiempos de covid-19: crisis y omisiones del sector salud”, *Alteridades*, vol. 31, Núm. 61:9-20.
- OSORIO, R. (2019). “Los consultorios anexos a farmacias como primer nivel de atención privada a los padecimientos”, *Ichan Tecolotl*. Año. 31, Núm. 332.
- PRADO-MAILLARD, V. y GONZÁLEZ-CRUZ, S.G. (2023). “Actitudes de los empresarios para integrar socioeconómicamente a los migrantes Latinoamericanos en Nuevo León”, *Teuken Bidikay. Revista Latinoamericana de Investigación en Organizaciones, Ambiente y Sociedad*, vol. 14, Núm. 23, 143-159.
- QUIROZ, S., MIRANDA, A. y GUZMÁN, M. (2020). “Caracterización de la población migrante y situación de salud en la frontera Tabasco, México-Guatemala”, *Ciencia y Humanismo en la Salud*, vol. 7, Núm. 1:17-24.
- RÍOS, V. y LARA, A. (2020). *Tendiendo puentes: Retos para la Integración de Personas en movilidad en el Área Metropolitana de Monterrey*. DCA. Recuperado de: <https://www.dcamexico.org/puentes.pdf>
- SAAVEDRA, N.; GALVÁN REYES, J. y ALANÍS, S. (2024). “Servicios de salud mental para la población en movilidad. Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México”. *Politai. Revista de Ciencia Política*, vol. 15, Núm. 24:41-60.
- SALINAS-ARREORTUA, L. y CARMONA-ROJAS, M. (2021). “Financiarización de la industria farmacéutica y su repercusión en las periferias urbanas en la zona metropolitana del Valle de México”, *Urbano (Concepción)*, vol. 24, Núm. 43:30-39.
- SANTILLÁN, A. (2020). *Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de los servicios de salud entre migrantes centroamericanos a su paso por México*. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. Repositorio <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7157>
- SEVESO, E. (2009). “Imágenes de la diferencia. Construcción subjetiva, otredad y medios de comunicación”, *Fundamentos en Humanidades*, vol. X, Núm. 19:9-23.
- SSA. (2023). Catálogo CLUES. Establecimientos de salud. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Consultado en octubre de 2023. Recuperado de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
- STOESSLÉ, P. y GONZÁLEZ, F. (2020). “Desde un Estado de Leyes a un Estado de Derecho: obstáculos en el acceso a la salud de los migrantes irregulares en Nuevo León”, *TLA-MELAU*, vol. 13, Núm. 1:98-118.
- SUPHANCHAIMAT, R.; KANTAMATURAPOJ, K.; PUTTHASRI, W. y PRAKONGSAI, P. (2015). “Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers’ lens”, *BMC Health Services Research*, vol. 15, Núm. 390:1-14.
- VAN RYN, M. (2002). “Research on the Provider Contribution to Race/Ethnicity Disparities in Medical Care”, *Medical Care*, vol. 40, Núm. 1: I-140–I-151.

Salud en tu Vida: espacio de APS para la formación y práctica de profesionales de enfermería

Thamires Piovezan Borges* • Edgar C. Jarillo Soto**

RESUMEN

Este trabajo enmarca la coyuntura presentada en México para hacer efectivo el Derecho a la Salud desde finales de 2018, origen para reorganizar el sistema sanitario desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud (APS). El objetivo es derivar aspectos de la formación y práctica del personal de enfermería con la implementación y consolidación de un modelo de salud basado en la APS integral, a partir de la referencia del modelo de atención Salud en tu vida de la Ciudad de México y el MAS-Bienestar. Se utiliza un enfoque cualitativo, apoyado en el análisis coyuntural propuesto por Souza (2004) y el análisis de contenido de Bardin (2006), se exploran los hechos, actores, impactos y estrategias necesarias para fortalecer el sistema de salud desde una perspectiva integral y equitativa. Salud en tu Vida como modelo representa una oportunidad para reorientar el papel de la enfermería hacia un enfoque centrado en las necesidades de los usuarios, destacando su rol clave en la APS, lo cual requiere fortalecer la formación del personal de enfermería con conocimientos en Medicina Social y Salud Colectiva, además de habilidades interpersonales esenciales, con la enfermería como pilar fundamental en su transformación.

PALABRAS CLAVE: MAPS, modelos de salud, salud en tu vida, fuerza laboral en enfermería, medicina social, salud colectiva, coyuntura política.

Salud en tu Vida: A Primary Health Care space for the education and professional practice of nurses

ABSTRACT

This paper frames the critical juncture experienced in Mexico since late 2018 in the effort to make the Right to Health effective, which marked the starting point for the reorganization of the national health system from the perspective of comprehensive Primary Health Care (PHC). The objective is to identify key aspects related to the education and professional practice of nursing personnel in the implementation and consolidation of a health model grounded in comprehensive PHC, based on the reference fra-

* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: thamirespiovezan@hotmail.com

** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: jsec6322@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 03 de febrero de 2025.

Fecha de aceptación: 09 de abril de 2025.

networks of Salud en tu Vida in Mexico City and the MAS-Bienestar program. A qualitative approach is employed, drawing on Souza's (2004) situational analysis and Bardin's (2006) content analysis, to explore the events, actors, impacts, and strategies necessary to strengthen the health system from an integrated and equitable perspective. As a model, Salud en tu Vida represents an opportunity to reorient the role of nursing toward a user-centered approach, underscoring its key role in PHC. This transformation requires strengthening nursing education by incorporating knowledge of Social Medicine and Collective Health, along with the development of essential interpersonal skills, positioning nursing as a cornerstone in the transformation of the health system.

KEYWORDS: MAPS, health models, salud en tu vida, nursing workforce, social medicine, collective health, political conjuncture.

Introducción

Desde mediados de la década de 1980, se observa cómo el auge del neoliberalismo influyó en los gobiernos de América Latina. Aunque con ritmos distintos y a través de mecanismos, estrategias y enfoques variados, estos adoptaron de manera aliada las directrices neoliberales, aplicando sus principios con notable disciplina y coordinación (Vélez-Rivera et al, 2023). En este contexto, Menéndez (2005) expone la estrecha relación entre el modelo médico y el sistema capitalista, y muestra cómo la salud se ha convertido en un ámbito dominado por intereses económicos y financieros. En su fase neoliberal este fenómeno se ha intensificado y aleja aún más la concepción de la salud como un derecho fundamental de las personas.

En el caso mexicano, las reformas neoliberales en el sistema de salud resultaron en la reducción de intervenciones, aumento de costos, disminución de la capacidad instalada y reducción del personal profesional necesario para su operación; además, estas reformas han profundizado las inequidades y han dejado sin resolver las contradicciones estructurales del sistema (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017). La pandemia del COVID-19 evidenció

limitaciones del modelo neoliberal de desarrollo, baja protección social, altos niveles de desigualdad y necesidad de cambiar los modelos de salud (Torres-Cantero et. al., 2022).

Desde la declaración de Alma-Ata en 1978, la Atención Primaria a la Salud (APS) se planteó como enfoque integral y equitativo para reordenar los sistemas de salud. Su trayectoria es múltiple con diversas interpretaciones a lo largo del tiempo, recientemente la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) la expone como:

...una estrategia integral de organización y operación del sistema de salud como un todo [...] cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud [...] se basa en la atención integral e integrada de acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y las intervenciones basadas en la población, ampliando así los límites de una concepción de los sistemas de salud limitada a la provisión de servicios de atención personal (p. 7).

De esta forma el alcance de la APS supera los límites de enfoques considerándola únicamente como primer nivel de atención, dirigida a intervenciones poblacionales con aspectos curativos en la atención clínica, y personal de escasa calificación; por el contrario la conceptualización anterior remite a distintos ámbitos, destacando en primer término la reorganización y operación de todo el sistema de salud, las intervenciones en todo el espectro de atención, las dimensiones individual y colectiva, y, lo más importante, su inserción en un marco de derechos.

Sin embargo, con las posturas neoliberales esta propuesta se transformó en programas verticales y focalizados, lo que provocó nuevas brechas sociales y desdibujó los principios de equidad y universalidad. En contraste, el régimen progresista iniciado en México en 2018 plantea reorientar el sistema de salud hacia un modelo con reconocimiento de la salud como un derecho, con iniciativas en la Ciudad de México, como Salud en tu Vida para fortalecer la APS y recuperar la centralidad de lo público frente a lo privado. De esta manera se asume a la APS en tanto modelo integral, como lo señala Paim (2001, p. 7) “modelo no es norma, no es ejemplo, no es burocracia. Es una razón de ser, una racionalidad. Es una especie de ‘lógica’ que guía la acción”.

En este contexto, el personal de enfermería en sus distintos niveles formativos (auxiliar, técnico, licenciatura, posgrado) desempeña un papel central en la consolidación de un modelo de atención basado en la APS. Su enfoque en el cuidado integral y su capacidad para articular investigación, formación y práctica, lo convierten en un componente esencial para transformar la fragmentación y deshumanización herencia del neoliberalismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

destacan la relevancia de la fuerza laboral de enfermería para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3, que aboga por garantizar una cobertura universal de salud (Naciones Unidas, 2023).

Este trabajo analiza la coyuntura política para el sistema de salud basado en la APS con referencia al modelo de atención salud en tu vida de la Ciudad de México y las coincidencias del MAS-Bienestar para desprender el papel, formación y práctica del personal de enfermería en la implementación y consolidación de un modelo de salud basado en la APS integral. Se utiliza un enfoque cualitativo, apoyado en el análisis coyuntural propuesto por Souza (2004) y el análisis de contenido de Bardin (2006), se exploran los hechos, actores, impactos y estrategias necesarias para fortalecer el sistema de salud desde una perspectiva integral y equitativa.

Este análisis permite comprender cómo las y los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel transformador en la construcción de sistemas de salud más justos y accesibles. Además, señala la importancia de su profesionalización y capacitación continua en el marco del modelo de APS con prioridad en el cuidado colectivo y la producción de salud en los territorios donde la vida ocurre.

El Derecho a la Salud en México: una propuesta en construcción alineada con la APS

Los Estados nacionales contemporáneos tienen la responsabilidad ineludible de proteger, promover y garantizar los derechos fundamentales de las personas (Naciones Unidas, 1966). El derecho a la salud ha sido reconocido como un derecho humano fundamental desde 1948, por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). De acuerdo con

la Observación general N° 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud no se restringe únicamente al derecho a la protección de la salud, sino que se entiende como un derecho integral que abarca tanto el acceso a servicios de salud adecuados y oportunos como los factores determinantes de la salud (CDESC, 2000).

En este sentido, es necesario distinguir entre derecho a la salud y derecho a la protección de la salud. El derecho a la salud se compone de un conjunto de derechos sociales concurrentes (alimentación, educación, trabajo digno, vivienda, seguridad social y protección de la salud), los cuales conforman los determinantes sociales dentro del contexto económico y social de las colectividades involucradas en la producción de la salud. Este concepto va más allá de garantizar el acceso a los servicios de salud, aunque lo contempla dentro de su alcance. Por otro lado, el derecho a la protección de la salud se refiere específicamente a la responsabilidad del Estado de ofrecer servicios de salud adecuados y oportunos, con un enfoque preventivo y de protección; incluye la implementación de políticas y la disponibilidad de servicios para la prevención de riesgos y enfermedades (López-Arellano et al, 2015).

La distinción entre ambos derechos es clave para entender las políticas de salud en México. Mientras el derecho a la salud proveniente de la reforma constitucional de derechos humanos de 2011 (Artículo 1° constitucional) exige que el Estado garantice condiciones equitativas y de bienestar integral, el derecho a la protección de la salud (Artículo 4° constitucional) permite la estructuración de los sistemas de salud pública y asistencia médica.

En México, la incorporación del Derecho a la Protección de la Salud (DPS) en la Constitución Polí-

tica de los Estados Unidos Mexicanos ocurrió en 1983. Sin embargo, a pesar de este avance legal, el acceso efectivo a servicios de salud y la mejora de las condiciones de salud para amplios sectores de la población han sido desafíos persistentes. Este rezago se explica, en parte, a la influencia de distintos momentos de desarrollo económico y social en las condiciones de vida y trabajo de la población, lo que ha afectado directamente los procesos de salud y enfermedad (López et al, 2011) sin que la atención médica por sí sola pueda resolver estos problemas.

Paez-Moreno (2020) identifica en su estudio a los conflictos de interés en la determinación de las prioridades en salud relacionados con la falta de interés de las autoridades en fortalecer la salud pública, lo que genera gastos desproporcionados. Un ejemplo es la alta inversión en servicios de urgencias en contraste con la limitada asignación de recursos para la medicina preventiva; por el contrario, la inversión en atención primaria ha demostrado ser más efectiva en la reducción progresiva de muertes por enfermedades crónicas y abatir costos derivados de internaciones y tratamientos complejos en unidades de atención médica hospitalaria (Macinko et al 2003; OPS, 2007; OMS, 2010).

Las principales causas de muerte en México en 2022 fueron: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado y accidentes (INEGI, 2023). Esta panorámica breve no solo refleja cambios demográficos y epidemiológicos, sino también profundas desigualdades sociales y económicas que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud (López-Moreno et al, 2011); desde la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva, estas enfermedades son consecuencia directa de las condiciones materiales de existencia y de la dis-

tribución desigual de los recursos de salud (Mendoza-Rodríguez y Jarillo-Soto, 2011).

La implementación de políticas neoliberales en la década de 1980, impulsadas por organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) modificó radicalmente el sistema de salud mexicano. Bajo el argumento de aumentar la equidad y la cobertura, estas reformas favorecieron la expansión del sector privado y profundizaron la fragmentación del sistema público de salud, lo que debilitó la capacidad estatal para garantizar un acceso equitativo y universal a servicios de calidad (Tamez y Valle, 2005; López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017).

En respuesta a estas deficiencias, en 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular, con el propósito de ampliar la cobertura de salud para la población sin seguridad social. Sin embargo, este modelo profundizó la descentralización, la fragmentación y la segmentación del sistema de salud, conjugado con la falta de infraestructura, la escasa coordinación interinstitucional, la distribución desigual de recursos y personal médico, además de deficiencias en la calidad de los servicios (Gobierno de México, 2019).

Durante la administración del Gobierno Federal en el periodo 2018-2024, se estableció como prioridad concretar el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, relativo a la universalidad de la salud basada en el Derecho a la Salud (Secretaría de Salud, 2019), una de sus expresiones fue la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) el 1° de enero de 2020, con el objetivo de garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el acceso efectivo, universal y equitativo a servicios de salud y medicamentos gratuitos para la población sin

cobertura de seguridad social, con el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS).

El rasgo de implementación fue el modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) denominado Salud para el Bienestar (SABI). Este modelo se caracteriza por un enfoque transversal en el territorio y fomenta la participación comunitaria, la educación para la salud, la prevención de enfermedades, la organización de redes de atención en el primer nivel de salud y la integración de equipos médicos con insumos y medicamentos adecuados. Además, la atención se centró en enfermedades prioritarias y el monitoreo de indicadores de salud (INSABI, 2020).

La implementación del INSABI enfrentó diversos obstáculos, entre los cuales sobresalen problemas con las reglas de operación y cuestionamientos sobre la sostenibilidad de los recursos financieros (Piña-López et al, 2024), postura negativa de algunos estados ante la federalización de los servicios de salud, deficiencias en la gestión interregional (El Economista, 2020); a estas dificultades se sumaron resistencias de sindicatos del sector salud, profesionales de la salud y otros actores sociales defensoras del modelo hegemónico existente hasta antes de la entrada en vigor del INSABI. Hay que agregar la pandemia de COVID-19, la cual profundizó estos desafíos con cuestionamientos sobre la importancia del INSABI, sin embargo aun con la complejidad de la trama reglamentaria existente, desempeñó un papel clave durante la emergencia sanitaria especialmente en la adquisición de insumos médicos, medicamentos y en el fortalecimiento de la fuerza laboral en el sector salud; en contraste, un conjunto de circunstancias en la estructura de la Secretaría de Salud y la coyuntura de la pandemia, gestaron un ambiente de confrontación y crisis entre funcionarios de primer nivel (Tetelboin, 2020).

En conjunto, estos acontecimientos afectaron cumplir los objetivos de la Política Nacional de Salud (PNS) y llevó al Gobierno Federal a replantear la existencia del INSABI e impulsar la creación del IMSS-Bienestar como la institución para consolidar el derecho a la salud especialmente para la población sin acceso a la seguridad social por motivos laborales.

El IMSS-Bienestar como Organismo Público Descentralizado, no forma parte orgánica del IMSS ordinario y se estructura bajo el enfoque de Atención Primaria a la Salud con el modelo Mas-Bienestar, centrado en las personas, las familias y las comunidades a lo largo de su ciclo de vida, el modelo plantea responder a las necesidades de salud de la población mediante estrategias integrales en el espectro de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos; también incluye organización de intervenciones de salud colectiva alineadas con las funciones esenciales de la salud pública. Su diseño busca garantizar los principios de gratuidad, accesibilidad, oportunidad, cobertura universal, continuidad y calidad en los servicios de salud (DOF, 2022).

En línea con estas transformaciones, en 2019 la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) adoptó el modelo de Atención Primaria de Salud “Salud en tu Vida”¹, orientado a ofrecer acceso universal e integral a la salud. Este modelo considera acciones en los ámbitos individual, familiar, comunitario, laboral y social, con énfasis en la promoción de la salud y la integración de la salud en todas las políticas públicas. Su objetivo

1 El modelo *Salud en tu Vida* comenzó a desplegarse en 2019 a través de diversas acciones y quedó formalmente integrado en la nueva Ley de Salud de la Ciudad de México en 2021 (López-Arellano & Delgado-Campos, 2024).

es crear condiciones que permitan a la población ejercer su libertad y autonomía para vivir de manera saludable, mediante el empoderamiento social y la creación de entornos equitativos que garanticen el bienestar colectivo (SEDESA, 2019)

En marzo de 2024, la SEDESA relanzó el programa “Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar”², derivado del modelo original, con un enfoque en la prevención, detección y atención de enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como control del sobrepeso y obesidad. El programa incorpora componentes como: comités de salud comunitarios, alimentación saludable, clubes de vida saludable, activación física, servicios médicos gratuitos y seguimiento, estrategias de comunicación y difusión; como respuesta al impacto desproporcionado de la pandemia de COVID-19 en personas con enfermedades crónico-degenerativas, situación que incrementó significativamente las hospitalizaciones y la mortalidad en la Ciudad de México (SEDESA et al., 2021).

López-Arellano & Delgado-Campos (2024:694) apuntan que el sistema de salud de la Ciudad de México pasó por varias etapas de transformación: primera, diagnóstico situacional y diseño del modelo Salud en tu Vida centrado en acciones territoriales en salud. Segunda: atención a la pandemia por Covid-19 como una tarea de Estado a partir de un comando sectorial dirigido por la Jefatura de Gobierno. Tercera: fin de la emergencia sanitaria, recuperación de servicios en todas las unidades de salud, y finalmente la cuarta etapa: transferencia de los servicios de atención médica al IMSS-BIENESTAR y fortalecimiento de la rectoría en salud.

2 El programa Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar opera desde agosto de 2021 (López-Arellano & Delgado-Campos, 2024)

Modelo Salud en Tu Vida alineado con APS

La importancia del modelo Salud en tu Vida para la política general del Estado mexicano, resulta del papel estratégico de la Ciudad de México (CDMX) como epicentro de la conducción del Estado mexicano como se sustenta en el concepto de *Heartland* definido por Halford Mackinder (2010) como el núcleo vital o el “corazón” del Estado, donde se concentran los principales organismos e instituciones que rigen la vida política, económica y social de un país. En este sentido, la Ciudad de México no solo es la sede de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, sino también el centro neurálgico donde se diseñan, implementan y evalúan las principales políticas públicas del país; su papel como polo central de decisiones políticas y escenario social ha sido clave para el desarrollo e implementación de diversas estrategias de gobierno a nivel nacional.

La CDMX, por su densidad poblacional, diversidad social y complejidad urbana, representa un espacio privilegiado para observar, analizar y proyectar políticas públicas que, tras ser probadas y ajustadas en este contexto, pueden ser adaptadas e implementadas en otras regiones del país. Este carácter estratégico releva el estudio de las políticas de salud desarrolladas en la capital como referencia para comprender la dinámica y eficacia de las acciones gubernamentales en todo el país.

El modelo de atención Salud en tu Vida se plantea como una acción de gobierno con el objetivo de organizar el sistema sanitario a través de un modelo de atención alternativo basado en el concepto amplio de salud adoptada por las corrientes de pensamiento crítico Medicina Social/Salud Colectiva, como es el proceso salud-enfermedad y su determinación social. El proceso salud-en-

fermedad corresponde a ¿cómo se interpreta la salud?, Jarillo, Casas y Rodríguez (2017:8), lo señalan como “una expresión con dos polos, los cuales constituyen un proceso donde las personas y los grupos sociales nos movemos continuamente”, como proceso para entender la vida humana e interpretar sus componentes para relacionarlos entre sí, e identificar lo que produce o impide cada expresión.

La determinación de la salud abarca circunstancias más amplias y estructurales, como las condiciones económicas, políticas y sociales de una sociedad, que explican el estado de salud de las poblaciones. Estas relaciones identificadas y jerarquizadas mediante diferentes dimensiones, desde el nivel macro (social) hasta el nivel micro (biológico), donde el biológico se encuentra subsumido por el social, insertas en el momento o período histórico permiten explicar la presentación empírica de un fenómeno en salud (Jarillo, Casas y Rodríguez, 2017). La Medicina Social/Salud Colectiva otorga centralidad al derecho a la salud de la población considerando al Estado como garante de este derecho.

El modelo Salud en tu Vida cumple ese objetivo para los habitantes de la Ciudad de México bajo los principios de equidad, gratuidad, interculturalidad, perspectiva de género, solidaridad y universalidad, para brindar atención integral durante las distintas etapas del curso de vida; se basa en la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque centrado en las personas y orientada a las poblaciones. La salud como metacapacidad humana, y la atención primaria de salud integral e integrada como organizadora de la atención, asegurando su prestación a través de redes integradas de servicios de salud (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2021).

El modelo comprende programas como:

- Salud en tu Casa, dirigido a personas con dificultades de movilidad para acudir a una unidad médica y recibir atención, con brigadas de salud, integradas por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y odontología; recorren casa por casa las diversas colonias de las 16 alcaldías para localizar e identificar a personas en esta situación.
- Salud en tu Escuela, orientado a impartir en las escuelas de educación básica conocimientos sobre estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la salud.
- Salud en tu Comunidad, enfocado en implementar acciones de salud en colonias y barrios con menor índice de desarrollo social (SEDESA, 2021; SECTEI, 2021; Gobierno de la Ciudad de México, 2021).

Además, cuenta con la siguiente infraestructura y un abanico amplio de ejes de actuación en programas, acciones e intervenciones para afrontar tanto la atención médica en el primero y segundo nivel de atención, como componentes de salud en la promoción y prevención en niveles individuales y colectivos. El modelo Salud en tu Vida podría generar la impresión errónea de situaciones similares en otras partes del país, sin embargo el despliegue amplio de sus conceptos, estrategias y acciones son particulares, consolidando a la Ciudad de México como el heartland del Estado mexicano (Mackinder, 2010)

En agosto de 2023, se firmó un convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los Servicios de Salud del IMSS-Bienestar y la Ciudad de México con el propósito de establecer me-

canismos de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y otros insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social en la Ciudad de México (DOF, 2023), como parte del proceso de federalización orientado a consolidar un sistema de salud unificado; con ese contexto favorable se posibilita articular el modelo Salud en tu Vida con el modelo Mas-Bienestar donde los servicios de atención médica y los procesos organizativos de las instituciones se pueden reordenar en la perspectiva de la APS.

Para fortalecer el primer nivel de atención, base fundamental de la APS, el IMSS-Bienestar instauró en la Ciudad de México el Comando Alma Ata, inicialmente se implementa en 211 unidades de salud de la Ciudad de México y, posteriormente, en los 22 estados federalizados (Gobierno de México, 2024).

Esta infraestructura del primer nivel de atención con centros de salud y otros componentes del modelo sanitario, integra a la fuerza laboral en salud, especialmente a profesionales de enfermería. Los centros de salud son espacios clave para brindar atención sanitaria local, caracterizados por una baja densidad tecnológica, pero con alta complejidad en las relaciones subjetivas de micropoder.

Con el modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APSi) los centros de salud se posicionan como organizadores de la atención, ya que sus acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades están focalizadas en territorios definidos. Esto garantiza atención integral mediante redes de salud, convirtiéndolos en espacios estratégicos para identificar las necesidades de salud de la población, orientar procesos de trabajo y centrarse en la de-

**Cuadro 1. Servicios y Componentes del Modelo de Cuidados en la CDMX,
Ley General de Salud de la Ciudad de México**

Primer Nivel de Atención	N	Segundo Nivel de Atención	N	Componentes del Modelo de Cuidados
Centros de Salud	200	Hospital de Especialidades	1	Sistema de Atención Médica de Emergencia Unidades Móviles de Atención Hospitalaria Prevención y Control de Enfermedades
Clínicas de Especialidad	17	Hospitales Generales	11	Sistema de Alerta en Salud Laboratorio de Salud Pública de la CDMX Atención Materno-Infantil
Unidades Móviles	21	Hospitales Pediátricos	10	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Prevención y Atención del Cáncer Prevención y Atención del VIH/SIDA
UNEME-CAPA (Adicciones)	30	Hospitales Materno-Infantiles	6	Interrupción Legal del Embarazo Salud Bucal, Auditiva y Mental Atención médica para personas mayores
UNEME de Enfermedades Crónicas	7	Hospital Integral Comunitario	1	Entrega gratuita de medicamentos y suministros Recursos Humanos en Servicios de Salud Investigación en Salud
1 UNEME CAPA-SITS (VIH/SIDA e ITS)	1	Hospital en Reclusorios	1	Promoción de la Salud y Nutrición Impacto del Medio Ambiente en la Salud Prevención de Accidentes y Discapacidades
Comunidades para Adolescentes en Conflicto con la Ley	5	Hospital Clínico de Especialidades Toxicológicas	1	Donaciones, Trasplantes y Transfusión de Sangre Servicios de Salud en Prisiones Prácticas de Salud Tradicionales y Medicina Integrativa
Unidades médicas legales y unidades en prisiones	8			Guías Avanzadas y Cuidados Paliativos

Fuente: elaboración propia con base Gobierno de la Ciudad de México (2021) & Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2021).

terminación social de la salud. Así, se consolidan como espacios sociales donde se despliegan acciones en atención médica, promoción de la salud y prevención de enfermedades en lo individual y colectivo, así como ámbitos académicos donde convergen la investigación, la formación y la práctica profesional.

Por lo tanto, los centros de salud representan sitios estratégicos para la formación y práctica del personal de enfermería, al ser espacios donde operan simultáneamente la enseñanza-aprendizaje con experiencia práctica en competencias profesionales y favorecen el desarrollo de habilidades clínicas, educativas y de gestión, esenciales

para la profesión (Barros y Silva, 2010; Pereira y Pires, 2017), alineándose con el Modelo Salud en tu Vida.

Fuerza Laboral de Enfermería en el Marco del Modelo Salud en tu Vida

La fuerza laboral de enfermería comprende al conjunto de profesionales capacitados que participan activamente en la prestación de servicios de salud, con funciones de atención directa, en tanto participan activamente en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, desempeñando un papel esencial en la garantía del derecho a la salud y en la reducción de desigualdades sociales (CIE, 2024). Su labor no solo implica atención directa a los pacientes, sino también participación en la formulación de políticas públicas, gestión e implementación de estrategias de salud comunitaria. A pesar de ello, los profesionales del sector se enfrentan a retos que limitan su trabajo, impidiéndoles reconocer y aprovechar plenamente su potencial (OPS, 2018).

De acuerdo con estimaciones mundiales, dentro del personal sanitario la enfermería a nivel profesional, técnico y auxiliar tiene la mayor representación con 59% (27.9 millones) del total del personal sanitario (OMS, 2020). En México, existen alrededor de 315 mil profesionales de enfermería con una proporción de 2.9 enfermeras/os por cada 1,000 habitantes, una cifra muy baja comparada con lo sugerido por la OCDE: 9 por cada 1,000 habitantes. Además, se observa una sobreutilización y distribución desequilibrada del personal (OCDE, 2019). En la SEDESA de la Ciudad de México, el personal de enfermería asciende únicamente a 9,138 profesionales (Gobierno de la Ciudad de México, 2021), con promedio de un profesional de enfermería por cada 1,100 habitantes.

Los aspectos involucrados en el acto de cuidar no son homogéneos ni únicos. En la época prehispánica, con una concepción de la salud mágica y religiosa, hombres y mujeres podían realizar acciones hoy catalogadas como de medicina o enfermería, con excepción del trabajo de comadrona exclusivo de mujeres, y con gran importancia social. Con la conquista, la construcción social de roles entre hombre y mujer se definió por la división sexual del trabajo. En el ámbito sanitario, el hombre se relacionó con el acto de curar, mientras la mujer quedó ligada al cuidado de personas sanas o enfermas, sin ningún o muy escaso prestigio social, generando invisibilidad en sus acciones. La profesión se feminizó predominantemente, con consecuencias como el no reconocimiento de la profesión por parte de algunas instituciones, bajos salarios y la subordinación de las acciones de enfermería a la categoría de medicina, convirtiéndose en una profesión marginada, devaluada y desplazada a un segundo plano (Olguín, 2018).

La enfermería moderna surge a mediados del siglo XIX, con Florence Nightingale, a través de sus contribuciones en la práctica profesional hospitalaria y la sistematización de la educación. En 1898 se estableció la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermería, bajo un plan de estudios creado por Rose Crowder, basado en el modelo de Nightingale (Olguín, 2018). Sin embargo, la propuesta de Nightingale tomó otros rumbos, dejando de lado la instrucción clínica junto a la cama del paciente y orientando el proceso de formación hacia un mundo tecnificado para formar enfermeras eficientes. De este modo, “la tendencia predominante en la enfermería tuvo su base en el desarrollo de actividades acordes al momento histórico de la ciencia y la tecnología, con grandes dotes de humanismo de quienes la ejercieron” (Castañeda-Godínez et al., 2010, p. 25). Según Cárdenas

(2005), la profesión de enfermería se desarrolló en México durante casi un siglo:

... bajo un conjunto de características, tanto en la enseñanza como en el ejercicio laboral. Con respecto a la primera, ha transitado por tres modelos educativos: escuelas hospitalarias, escuelas vinculadas a facultades de Medicina y escuelas y facultades de Enfermería con estudios de grado. Con respecto a la práctica laboral, se reconocen tres etapas, fundamentalmente basadas en el tipo de atención y en la adquisición y aplicación de sus saberes: modelo empírico, empírico-práctico y teórico-práctico (p. 11).

Una articulación necesaria de la profesión con el entorno de su práctica es la APS. Han pasado 42 años desde la Declaración de Alma Ata, cuando se identificó la fragilidad del modelo hospitalocéntrico y la necesidad de organizar el sistema de salud bajo otra perspectiva basada en la APS para responder positivamente a los cambios demográficos y a las cargas crónicas de enfermedad. Esa propuesta se ha potencializado con la pandemia de COVID-19 otorgando mayor visibilidad a la profesión de enfermería, incluso como el corazón de todo sistema de salud, tal y como se presenta en el informe de la OMS (2020), que culminó reconociendo el año 2020 como el año de la enfermería. Todos estos sucesos evidencian la necesidad de continuar la profesionalización de esta categoría a través de inversiones en educación, la ampliación del empleo y el fortalecimiento de su liderazgo, con el fin de aumentar los niveles de salud de la población con énfasis en la APS.

En este contexto, el profesional de la enfermería tiene un espacio de trabajo prometedor para ampliar su inserción, asumiendo la primera línea en relación con otros profesionales de la salud, para

desarrollar actividades asistenciales, administrativas y educativas fundamentales para la consolidación y fortalecimiento del modelo Salud en tu Vida en la Ciudad de México. Sin embargo, sin una fuerza laboral de enfermería sólida, capacitada y equitativamente distribuida, el derecho a la salud no puede garantizarse plenamente. Por ello, fortalecer esta profesión es vital para consolidar sistemas de salud justos, accesibles y de calidad para toda la población.

Coyuntura política mexicana en el año 2025, el derecho a la salud y personal de enfermería

Para caracterizar esta sección se realizó un proceso cualitativo con enfoque analítico y documental, para la comprensión de las dinámicas sociales. Inicialmente se realizó una investigación documental con el propósito de recolectar, analizar e interpretar información relevante. Para ello, se consultaron bases de datos de organismos internacionales y nacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud de México, además de libros y artículos científicos especializados.

Toda la información obtenida se organizó de forma jerarquizada a través de una matriz para su sistematización y análisis. El análisis de contenido sigue la formulación de Bardin (2006) en tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento e interpretación de los resultados. Este enfoque permitió identificar categorías clave para la estructura del estudio y sirvió de base para la aplicación del análisis coyuntural propuesto por Souza (2004).

Este análisis se aplicó tanto al modelo de atención Salud en tu Vida como a la formación de la fuerza laboral en enfermería, y permite diferenciar los

discursos e intereses declarados por distintos grupos sociales de sus motivaciones reales (CEDIB, 2006).

A partir de este proceso analítico, se caracterizan los hechos, identificar a los actores involucrados, analizar sus agendas e intereses, determinar su poder relativo, evaluar el impacto de sus acciones y proyectar los posibles escenarios que podrían facilitar o limitar la consolidación del modelo de Atención Primaria en Salud en particular el modelo Salud en tu Vida, como vía para la garantía efectiva del derecho a la salud tomando la fuerza laboral en enfermería como un aliado estratégico en ese proceso.

Se presenta inicialmente un análisis de la coyuntura política actual en México, con especial atención al nuevo modelo de salud implementado en la Ciudad de México, el cual destaca la relevancia estratégica de los centros de salud como espacios clave para la investigación, la formación y la práctica profesional de la fuerza laboral de enfermería. Esta profesión se consolida como un pilar fundamental en la implementación del modelo de atención, no solo por sus competencias técnicas y humanas, sino también por el contexto políti-

co favorable a nivel nacional e internacional. La visibilidad y el reconocimiento alcanzados por la enfermería durante la pandemia de COVID-19 refuerzan su potencial para liderar procesos de transformación en el sistema de salud.

El análisis coyuntural se centra en el periodo 2019-2024, y se refiere a los Hechos, como expresiones concretas de una propuesta gubernamental que se configura en política, programa, intervención, por ejemplo; en la gestión del gobierno de la Ciudad de México, encabezado por la entonces jefa de Gobierno Claudia Sheinbaum Pardo, se formula e implementa el modelo de atención Salud en tu Vida, con énfasis en la atención primaria. Con ese modelo se despliegan programas y acciones para transformar la forma tradicional de operar los servicios de salud. Las implicaciones en la organización, gestión y funcionamiento introducen cambios notables y significativos, con impacto directo en la población sin cobertura de seguridad social en el espacio político-administrativo de la Ciudad de México.

La identificación temporal y la delimitación del ámbito geográfico, así como la definición del hecho a ser analizado, se expresan en el modelo Sa-

Cuadro 2. Análisis coyuntural en la Ciudad de México del Modelo Salud en tu Vida

Temporalidad	2019 - 2024	Elementos significativos
Espacio Geográfico	Ciudad de México	
Hechos (Síntesis)	Modelo Salud en tu Vida	Modelo de atención basado en el concepto ampliado de salud, a través de la estrategia de atención primaria a la salud pretende alcanzar el acceso universal, público, con el cuidado integral gratuito y de calidad, con el fin de lograr satisfacer las necesidades de la población.

Fuente: Elaboración propia (2025).

lud en tu Vida como un espacio relevante para la formación y práctica de los y las profesionales de enfermería.

La implementación del modelo puede influir en diferentes niveles de los campos social, económico y político de poder, porque desde una concepción ampliada de la salud promueve el acceso universal y gratuito, con atención integral de calidad para responder a las necesidades de la población. Al garantizar el acceso a los servicios de salud incide en la reducción de las desigualdades sociales, incentiva la participación comunitaria en la planificación y ejecución de las políticas, además de fomentar la autonomía y la educación en salud. Asimismo, reduce costos al priorizar la promoción y prevención, lo que conduce a la desmercantilización de la salud. El modelo retoma la responsabilidad del Estado en garantizar la salud desde una concepción de derechos y establece un vínculo entre la salud y la ciudadanía.

La agenda del gobierno actual de la CDMX, encabezado por la jefa de gobierno Clara Brugada desde 2024, se mantiene orientada al cambio en la organización del sistema de salud y en el contenido de sus prácticas. Es importante que la aplicación concreta del modelo amplia gradualmente sus horizontes al enunciarse como Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar, eso representa una expresión de mayor alcance con base en su antecedente inmediato y simultáneamente prioriza la prevención, detección temprana y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión y obesidad, las principales que aquejan a la población.

Se identifica alineación en la agenda para implementar el modelo, al analizar los intereses de los actores involucrados y comparar los intereses institucionales. No obstante, difiere en la concepción

de la APS a alcanzar, porque hay un campo de disputa que podría interferir en la implementación de la propuesta original.

En la categoría “Los Actores”, se seleccionaron los principales representantes y se identificaron sus intereses personales y la disposición de poder para influir en la viabilidad del hecho. Se identifican múltiples dimensiones con influencia en los ámbitos de poder político, social y económico para implementar cambios en el modelo de atención a la salud. La confluencia y alineación entre el gobierno federal y el de la Ciudad de México potencia las acciones gubernamentales y posibilita la creación de marcos jurídicos regulatorios y financieros del modelo, sin embargo, no está exento de disputas de intereses respecto a la concepción de Salud/APS y acceso universal/cobertura universal; además, si no se genera una política de estado los cambios de gobierno suelen provocar interrupciones o reorientaciones en las políticas sanitarias.

En la categoría “Impacto” se observan los postulados conceptuales, las estrategias y las acciones consignadas, como componentes de posibilidad para construir medidas con posible extensión al ámbito nacional al incorporar un concepto de salud superador de marcos interpretativos con base biomédica y articular la determinación social de la salud y el derecho como fundamentos para incidir en los servicios más allá de la atención médica. Por lo tanto, el acceso a los servicios desde una perspectiva universalista, con acceso irrestricto, calidad y oportunidad en las intervenciones, así como recursos adecuados para el diagnóstico, insumos y servicios gratuitos e integrales, funcionan como facilitadores de la atención necesaria y permiten responder efectivamente a las necesidades de la población.

Cuadro 3. Escenarios posibles en la implementación del modelo

Consolidación del modelo en el marco de la coyuntura política y realidad nacional de México hoy

¿Qué va a suceder?	Si el modelo se implementa en su totalidad	Excelente aprovechamiento de la coyuntura política para el proceso de cambio del modelo sanitario, con vistas a mejorar el acceso de la población a los servicios sanitarios, la atención con un enfoque integral, universal y gratuito, la reducción de las barreras sociales y disminuir gasto de bolsillo. Consolidación del campo de conocimiento de la Medicina Social.
	Si el modelo se implementa parcialmente	La oportunidad del proceso de cambio de la coyuntura política es desalentadora. Se inicia un proceso de cambio, pero con grandes posibilidades de ser absorbido por el modelo existente y se reproduce socialmente el modelo hegemónico
	Si el modelo no se implementa	La situación política no se aprovecha para cambiar el modelo de atención

Fuente: Elaboración propia (2025)

Las posibilidades de aplicación presentan tres escenarios: el óptimo considera la implementación completa con sus sustentos conceptuales y las condiciones políticas en el marco más amplio; también incluye elementos propios de los servicios de salud, como el tipo de atención con integralidad y suficiencia, limitando o eliminando las barreras de acceso sociales y económicas en beneficio de la población. Esta puesta en funcionamiento, sin duda, fortalece y valida un campo de conocimiento como la medicina social para superar los ámbitos académicos e incidir en la realidad socio-sanitaria de la población.

Otro escenario es la aplicación parcial o limitada a ciertas acciones de dicho modelo, y finalmente, el escenario adverso donde el modelo no se aplica.

Las distintas aristas en las cuales los principales actores pueden influir en el resultado del anhelo por transformar el modelo de salud en beneficio

y bienestar de la población mexicana se observan en el cuadro siguiente.

Desde la perspectiva de actores institucionales y personajes de alta relevancia, se despliega un conjunto de implicaciones diversas, donde destaca la posibilidad de encontrar sustento en concepciones amplias de política, la orientación específica de ciertos programas y acciones procedentes de la gestión del gobierno anterior, así como reformulaciones o desarrollo de nuevas iniciativas. Así, para la OPS/OMS, el avance en este modelo posibilita contribuir al cumplimiento de las metas de los ODS, y avances en la cobertura universal y la recuperación de la credibilidad institucional.

Los actores del gobierno federal y de la Ciudad de México inciden en los posicionamientos sobre el derecho a la salud y en intervenciones de alcance nacional y local, donde destaca la Ciudad de México por su magnitud y relevancia como núcleo

Cuadro 4. Conveniencia de la implementación de la APS para los actores involucrados

Actores	Conveniencia	Elementos destacados
Organizaciones internacionales: OMS/OPS	Sí	Contribución para cumplir la meta propuesta de los ODS, dar cobertura universal, recuperar la credibilidad institucional.
Claudia Sheinbaum Pardo Presidenta de México	Sí	Visibilidad de la acción gubernamental en torno al modelo de salud genera legitimidad y garantiza la continuidad del proyecto político, sumando fuerzas con actores políticos alineados y afines al mismo movimiento, en la Ciudad de México y el país.
David Kershenobich Secretario de Salud de México	Sí	Reconocimiento político y académico-profesional para incidir en la orientación del modelo
Clara Brugada Molina Jefa de Gobierno de la Ciudad de México	Sí	El alineamiento político con el gobierno federal, sumado a que la Ciudad de México es el corazón en el contexto geopolítico del Estado mexicano, aumenta la posibilidad de éxito del modelo de atención, incrementando la legitimidad popular.
Nadine Gasman Zylbermann Secretaria de Salud de la Ciudad de México	Sí	Consolidación del modelo sanitario desde una perspectiva de derechos
Academia	Sí	Ampliar los enfoques de la formación profesional dirigida a la APS y la producción de conocimientos sobre el tema
Fuerza laboral en salud	Si	Reconocimiento profesional y participación en acciones de atención primaria a la salud
Población	Sí	Acceso universal a servicios de atención médica, mejores niveles de salud bajo otra lógica de producción de cuidados

Fuente: Elaboración propia (2025)

de acciones y centro de atención en las intervenciones en salud. Para la fuerza laboral en salud, las repercusiones son significativas a pesar de las dificultades administrativas para alinear la diversidad de situaciones laborales y las capacidades técnicas.

En general, para todos los actores tanto institucionales como personales, se identifica la conveniencia de enfocar las acciones en la APS, especialmente por los postulados contenidos y las acciones emprendidas, aun con su vigencia limi-

tada o las intervenciones acotadas, dentro del modelo de APS Salud en tu Vida.

En el análisis coyuntural político mexicano en materia de salud es muy relevante identificar los avances respecto al personal de enfermería porque la formación académica en esta área profesional y el modelo de atención basado en la APS coinciden y se influyen y refuerzan recíprocamente. Al integrar los principios de la APS en la educación de los profesionales de salud, específicamente en enfermería, esta se convierte en una fuerza motriz

para transformar los sistemas sanitarios, al promover cuidados accesibles, equitativos y centrados en la persona. Además, para contar con una APS robusta se necesita fortalecer el primer nivel de atención, como punto de contacto inicial y más cercano entre el sistema sanitario y la población, en eso los centros de salud se tornan el espacio ideal para la articulación de la formación, práctica e investigación de los profesionales de enfermería.

En cuanto a los “Hechos analizados”, se establece el periodo de 2019-2024 en el espacio de la Ciudad de México por ser el periodo y lugar donde surge el modelo Salud en tu Vida. En adición, a finales de 2018 se inició la campaña *Nursing Now* en México, por la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), uno de sus objetivos es estimular a los gobiernos a invertir en la educación de los profesionales de enfermería con énfasis en la APS, con el fin de dar visibilidad y reconocimiento a esta categoría profesional con la pretensión de alcanzar la Cobertura Universal de Salud. Se reconoce la influencia positiva de la formación de los profesionales de enfermería, con énfasis en la APS en los diferentes niveles de los campos social, económico y político, con efectos en una profesión de enfermería más fortalecida,

visible y reconocida, con liderazgo consolidado y mayor capacidad para incidir en las políticas de salud fortaleciendo a su vez el modelo Salud en tu Vida.

El tema está presente en la agenda de gobierno de la Ciudad de México con diversas acciones específicas para fortalecer la formación y el rol del personal de enfermería en el marco de la APS, por ejemplo: el plan de estudios de la Universidad de la Salud (UNISA) diseñado para formar profesionales en el campo de la salud con conocimiento humanístico, científico y tecnológico; el Programa de Actualización, Capacitación y Educación Continua de la Ciudad de México; y la Maestría de Enfermería en Práctica Avanzada (MEPA) en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-Xochimilco), entre otros.

Hay coincidencia en las acciones planteadas por la OMS/OPS con las del gobierno de México y de la Ciudad de México, ellas marcan un precedente al impulsar la transformación de la educación de los profesionales de salud con base en la APS. Esto permite ganar visibilidad y capacidad de expansión, con alineación de la agenda de los diferentes actores para implementar la formación

Cuadro 5. Análisis coyuntural en la Ciudad de México de la formación de los profesionales de enfermería, hechos, Ciudad de México 2019-2024.

Hechos relevantes	Enfermería	Elementos significativos
Modelo Salud en tu Vida	Formación en enfermería	La pandemia de COVID 19 puso en el punto de mira la necesidad de cambiar el modelo de atención sanitaria, con énfasis en la APS, y también dio visibilidad al potencial de la categoría de enfermería, restableciendo así la necesidad de una formación profesional capaz de producir cuidados, desde una perspectiva integral de salud.

Fuente: Elaboración propia (2025)

de enfermería. Sin embargo, continúa siendo un campo en disputa en la concepción del derecho a la salud.

Ante la discrepancia del diseño del sistema de salud mexicano, orientado a la oferta de servicios hospitalarios mientras la mayor demanda se concentra en el primer nivel de atención, se espera una transformación de abajo hacia arriba mejorando el primer nivel de atención para responder a las necesidades de la población. El gobierno federal junto con el gobierno de la Ciudad de México, implementa la acción denominada *Comando Alma Ata*, que permite la articulación de los centros de salud como espacios de formación, práctica e investigación para los profesionales de enfermería.

La convergencia de los actores es esencial para que fluyan las acciones destinadas a la transformación de la educación profesional en el ámbito de la salud y en el propio sistema de salud para cimentar y desarrollar el modelo de atención basa-

do en la APS. El impacto positivo de la formación de los profesionales de enfermería en una APS integral requiere sumar esfuerzos para apoyar el proyecto de APS propuesto por el gobierno, al posibilitar el acceso, la producción de cuidado y el cambio en la valoración del concepto de salud. La implementación del modelo en toda la federación mexicana recibe legitimidad popular del proyecto y de los actores políticos implicados. Con ello, destacan elementos clave sobre las acciones a realizar a nivel nacional en la formación de enfermería dentro del marco del modelo de APS.

El primer escenario muestra la inclusión de la concepción de APS integral en la formación de los profesionales de enfermería y coincide con la propuesta teórico-conceptual de la Medicina Social/Salud Colectiva fundamento del modelo Salud en tu Vida, lo cual orienta a generar profesionales autónomos, orientados a la producción del cuidado, con ampliación del campo laboral, reconocimiento profesional y mejores condiciones de trabajo. La segunda posibilidad de un es-

Cuadro 6. Escenarios en la profesión de enfermería con el modelo de APS en el México de hoy

	Posicionamiento de la fuerza laboral en enfermería	Consecuencias posibles
¿Qué va a suceder?	Si la formación del personal de enfermería se basa en la perspectiva de APS	Autonomía profesional, ampliación del campo laboral, reconocimiento profesional, mejores condiciones de trabajo.
	Si la formación del personal de enfermería se basa parcialmente en la perspectiva de APS	Desarrolla un proceso parcial de cambio, que va perdiendo fuerza y el apoyo de los actores para impulsar su autonomía
	No hay cambios en la formación de personal de enfermería	Sigue la misma lógica, formando con énfasis en la atención hospitalaria, una profesión infravalorada, con condiciones laborales precarias y poco acceso a la atención.

Fuente: Elaboración propia (2025)

cenario de aplicación parcial, implica formación parcial combinada con diferentes perspectivas de APS, y representa un proceso incompleto de cambio con riesgo de perder fuerza gradualmente y con ello el apoyo de los actores para impulsar el proyecto. Finalmente el tercer escenario, es adverso, donde no se generan cambios en la formación del personal de enfermería y esencialmente se mantienen las tendencias inerciales actuales, aun con algunos cambios técnicos novedosos pero sin incidencia en el modelo de APS.

Destacan distintas aristas en las cuales los principales actores pueden influir en la formación del personal de enfermería y en su posicionamiento como elemento estratégico para la implementación y consolidación del modelo.

Para todos los actores institucionales resulta positivo orientar la formación del personal de enfermería en escenarios de APS y con ese enfoque, posibilita cumplir en alto grado sus propias agendas en el campo de la salud, porque consolida el derecho a la salud, fortalece avances en la concepción de la salud enfermedad, permite desplegar intervenciones sanitarias de salud individual y colectiva, avanza en resolver demandas de atención a la enfermedad, incide con acciones sobre los determinantes sociales de la salud, entre lo más relevante; todo lo cual desarrolla y robustece las políticas, programas y acciones en salud, derivadas de ese posicionamiento.

A modo de reflexión final

Para la profesión de enfermería el derecho a la salud contenido en el artículo primero constitucional, el planteamiento del MAS-Bienestar y el modelo *Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar*, y una interpretación amplia como la de la medicina social-salud colectiva, representan condiciones

para reorientar acciones hacia las necesidades de salud de los usuarios, en lugar de centrarse únicamente en la racionalización del trabajo médico. El rol de los profesionales de la salud, en particular el de enfermería, es clave para garantizar alineación de los servicios sanitarios con la APS.

Es necesario transformar la formación de los profesionales de enfermería, ampliando su preparación más allá de las competencias clínicas e incorporando habilidades interpersonales esenciales, como se ha señalado tempranamente por Matumoto et al. (2011) quienes apuntan que el trabajo de enfermería en APS se estructura en dos dimensiones: la producción de cuidados y la gestión del proceso terapéutico, por un lado, y la gestión del servicio de salud y del equipo de enfermería, por otro. Esa posibilidad se obtiene con la implementación de Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar y MAS-Bienestar, porque contienen oportunidades para fortalecer la formación y práctica del personal de enfermería, otorgándole un papel más protagónico en la producción del cuidado, y consolida a la enfermería como un pilar fundamental en la transformación y fortalecimiento del sistema de salud mexicano. En la APS los centros de salud son estratégicos no solo en la prestación de servicios, sino también como espacios clave para la profesionalización en distintos niveles en áreas de salud en general y de enfermería en particular. Esta doble función ocurre significativamente en un modelo de atención primaria sólido, en el marco de un sistema de salud en proceso de reorganización orientado a garantizar el derecho a la salud bajo un enfoque universal, integral y de calidad.

Con estos referentes, se proponen las siguientes líneas de acción para fortalecer la fuerza laboral de enfermería y contribuir a asegurar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en México:

Cuadro 7. Conveniencia de la formación del personal de enfermería con enfoque de APS para los actores institucionales y personales

Actores	Conveniencia	Elementos significativos
Organizaciones internacionales: OMS/OPS	Sí	Cumplir con la meta propuesta de los ODS, dar cobertura universal, recuperar la credibilidad institucional
Claudia Sheinbaum Pardo Presidenta de México	Sí	La visibilidad de la acción gubernamental en torno al modelo de salud incide en la formación de profesionales de la enfermería, genera legitimidad popular y garantizan la continuidad del proyecto del partido político denominado Morena, sumando fuerzas con actores políticos afines o aliados.
David Kershenobich Secretario de Salud de México	Sí	Reconocimiento al personal profesional de enfermería, visibilización de la importancia de su formación en distintos niveles
Clara Brugada Molina Jefa de Gobierno de la Ciudad de México	Sí	Aliñamiento y especificidades de la formación para los servicios de salud de la Ciudad de México
Secretaría de Educación Pública	Sí	Cumplir objetivos institucionales para la ampliación del acceso a la formación de los profesionales de enfermería, así como el aumento de la calidad de la enseñanza
Nadine Gasman Zylbermann Secretaria de Salud de la Ciudad de México	Sí	Consolidación de la salud desde una perspectiva Médica Social
Academia	Sí	Presencia destacada de profesionales de enfermería en el campo específico y en general en el del personal de salud
Rectores y directores/as y Decanos/as de las Universidades y Escuelas y Facultades de Medicina/Enfermería	Sí	Reformulación de la magnitud y reorientación de la formación para intervenir y participar en el modelo de atención y en la toma de decisiones
Asociaciones de enfermería	Sí	Incremento de su intervención en los procesos de formación reforzando las necesidades del modelo
Personal de enfermería	Sí	Reconocimiento profesional
Población	Sí	La salud desde una perspectiva integral

Fuente: Elaboración propia (2025)

1. Fomentar la formación y capacitación incorporando referentes de la Medicina Social y Salud Colectiva, para construir conocimiento crítico mediante relaciones de ense-

ñanza-aprendizaje que permitan interpretar y transformar el proceso salud-enfermedad en diversos contextos.

2. **Diseñar y fortalecer un plan de trayectoria profesional** para el personal de enfermería, con funciones claras en distintas áreas de actuación, promoviendo prácticas integrales y desarrollando capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.
3. **Garantizar relaciones laborales estables**, con salarios y condiciones laborales dignas, para evitar la rotación de personal y fortalecer el compromiso profesional.
4. **Incrementar la autonomía profesional** mediante protocolos y capacitaciones para ampliar sus competencias y roles en las intervenciones de salud individuales y colectivas así como en la atención médica.
5. **Reforzar las unidades de primer nivel** como espacios clave de formación, práctica e investigación, con apoyo técnico de la SEDESA e instituciones educativas y la presencia continua de tutores en el campo de actuación.
6. **Robustecer el primer nivel de atención** con el incremento del número de unidades, infraestructura, insumos y personal necesario para su funcionamiento, con trabajo interdisciplinario y humanizado mediante el uso de tecnologías blandas como la escucha, acogida, vinculación y responsabilidad.

7. **Sensibilizar al personal de enfermería** sobre su rol fundamental en este proceso de transformación, fortaleciendo sus prácticas profesionales bajo el modelo de APS integral.
8. **Impulsar el trabajo interdisciplinario humanizado** en los territorios, priorizando el uso de tecnologías blandas para mejorar la relación con la comunidad y la eficacia de las intervenciones de salud.

Consolidar un sistema de salud basado en la APS integral exige no solo cambios estructurales, sino también compromiso profundo de los profesionales de salud, especialmente del personal de enfermería, para avanzarse hacia un sistema de salud más justo, inclusivo y eficiente, capaz de garantizar el derecho a la salud para toda la población mexicana. La transformación del modelo de atención mejorará la cobertura y calidad de los servicios de salud, y fortalecerá el papel de la enfermería como pilar fundamental en la construcción de un sistema de salud universal, equitativo e integral.

Referencias bibliográficas

- BARDIN, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- BARROS, S. y SILVA, K. L. (2010). “A integração ensino-serviço na formação em saúde: experiências e significados”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol 34, Núm. 4: 561-568.
- CÁRDENAS, L. (2005), *La profesionalización de en-*

- fermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones*. México: Pomares/Universidad Autónoma del Estado de México/Universidad Autónoma de Tlaxcala/FEMAFEE,320.
- CASTAÑEDA-GODÍNEZ, M. C.; PÉREZ-LOREDO DÍAZ, L.; PÉREZ-CABRERA, I, y MÜGGENBURG- RODRÍGUEZ VIGIL, M. C. (2010). “Formación profesional de enfermería durante la

- primera mitad del Siglo XX en la UNAM”. *Enfermería universitaria*, vol. 7, Núm. 5: 25-33.
- CDESC [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas]. (2000). Observación general N.º 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- CEDIB [CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN BOLIVIA]. (2006). “Modulo 12. ¿Qué es y cómo se hace Análisis de Coyuntura?” En: *Curso de Formación Política*. Bolivia: 1–27. <https://cedib.org/wp-content/uploads/2007/11/modulo12.pdf>
- CIE [Consejo Internacional de Enfermeras]. (2024). Enfermería y atención primaria de salud: Hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal. Un documento de debate.
- DOF [DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN] 25 de octubre de 2022: *Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
- DOF [DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN] 25 de agosto de 2023: *Convenio de Coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud, para las personas sin seguridad social en la Ciudad de México, que celebran el Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y la Ciudad de México*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5699844&fecha=25/08/2023#gsc.tab=0
- El Economista. (3 de febrero de 2020). ¿Qué significa que sí firmaron, pero no se adhirieron al Insabi? El Economista. <https://www.economista.com.mx/opinion/Que-significa-que-si-firmaron-pe-ro-no-se-adhirieron-al-Insabi-20200203-0001.html>
- GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO 9 de agosto de 2021: *Ley de Salud de la Ciudad de México*.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2021). Tercer Informe de Gobierno. https://informemedegobierno.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2021/09/Tercer-Informe-de-Gobierno-2020-2021_compressed.pdf (consulta 15 de septiembre de 2024).
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2019). Instituto de Salud para el Bienestar. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778> (consulta 12 de septiembre de 2024).
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2024). *IMSS-BIENESTAR instala Comando Alma-Ata en Ciudad de México, para fortalecer Primer Nivel de Atención en 211 unidades*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/183-estrategia-basada-en-atencion-primaria-de-la-salud-pilar-en-mitigacion-de-covid-19-a-nivel-comunitario> (consulta 12 de diciembre de 2024).
- INEGI [INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA]. (2023). Características de las defunciones registradas en México durante 2022. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>
- INSABI [Instituto de Salud para el Bienestar]. (2020). Modelo de Salud para el Bienestar Dirigido a las Personas Sin Seguridad Social, Basado en la Atención Primaria de Salud (2a edición). https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/modelo_sabi.pdf
- JARILLO, E. C.; CASAS P., D. y RODRÍGUEZ T., A. (2017). “Formación De Personal En Salud: Reflexión Desde La Salud Colectiva”, *Ciencia Desde El Occidente*, vol. 4, Núm. 1:8–19.
- LÓPEZ A, O.; RIVERA, J. A. y BLANCO, J. (2011). “Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas”. En:

- Chapela, M. y Contreras, M. (coord.) La salud en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 93–123.
- LÓPEZ-ARELLANO, O., & DELGADO-CAMPOS, V. I. (2024). La transformación del sistema público de salud en la Ciudad de México. *Salud Pública De México*, 66(5, sept-oct), 689–698. <https://doi.org/10.21149/15659>
- LÓPEZ-ARELLANO, O., y JARILLO-SOTO, E. C. (2017). “Reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33 Sup. 2.
- LÓPEZ-ARELLANO, O.; LÓPEZ-MORENO, S.; ALTAMIRANO, A. M. (2015). “El derecho a la salud en México”. En: López-Arellano, O. y López-Moreno, S. (coord) *Derecho a la Salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 51–82.
- LÓPEZ-MORENO, S., LÓPEZ-ARELLANO, O., y PUENTES, E. (2011). “Concepto de salud pública”. En López, S. y Puentes, E. (coord.), *Observatorio de la salud pública en México 2010*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 19–27.
- MACINKO, J., STARFIELD, B., & SHI, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 38(3), 819–853
- MACKINDER, H. J. (2010). “El pivote geográfico de la historia. Geopolítica(s)”, *Revista De Estudios Sobre Espacio Y Poder*, vol. 1, Núm. 2: 301-319. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/view/36331>
- MATUMOTO, S., FORTUNA, C. M., KAWATA, L. S., MISHIMA, S. M., & PEREIRA, M. J. B. (2011). A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8
- MENDOZA-RODRÍGUEZ, J. M. y JARILLO-SOTO, E. C. (2011). “Determinación y causalidad en salud colectiva: algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Núm. 16: 847–854.
- MENÉNDEZ, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- NACIONES UNIDAS. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966
- NACIONES UNIDAS. (2023). Informe sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023. Naciones Unidas. Recuperado de <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023>
- OCDE [ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS] (2019). Panorama de la Salud 2019. <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf> (consulta 10 noviembre de 2024).
- OLGUÍN, M. (2018). “Historia de la Enfermería en México: una Práctica Infravalorada”, *Universitarios Mexicanos Potosinos*, Núm.229:18-21.
- OMS [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. (2010). *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca: Relatório Mundial da Saúde 2008*. OPAS/Ministério da Saúde.
- OMS [ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD]. (2020). Situación de la Enfermería en el Mundo, <https://www.who.int/es/publications/item/9789240003279> (consulta 10 noviembre de 2024).
- OPS [ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD]. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS. Washington, D.C. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31083>
- OPS [ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE]. (2018). *Ampliação do papel dos en-*

- fermeiros na atenção primária à saúde, <https://www.paho.org/pt/documentos/ampliacao-do-papel-dos-enfermeiros-na-atencao-primaria-saude> (consultado 14 março de 2025).
- OPS [ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD], (2020) Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- PAEZ-MORENO, R. (2020). Conflictos de interés en la distribución de recursos en salud. *Medicina y Ética*, 31(3), 627–676. <https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n3.04>
- PAIM, J. S. (2001). Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília, Anisa/ISCUFBA.
- PEREIRA, M. J. B. y PIRES, D. E. P. (2017). “Contribuições da prática profissional para a formação em enfermagem.”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Núm. 25.
- PIÑA-LÓPEZ, J. A., TAPIA-GRIJALVA, F., & RUIZ-GARCÍA, L. H. (2024). COVID-19: ¿La pandemia nos vino como anillo al dedo?. *Revista Panamericana De Comunicación*, 6(1). <https://doi.org/10.21555/rpc.v6i1.2957>
- SECRETARÍA DE SALUD. (2019). Plan Nacional de Salud 2019-2024. https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf (consulta 12 septiembre de 2024).
- SECTEI [SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN]. (2021). Presentan Programa “Salud en tu Vida.” Notas. <https://sectei.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/presentan-programa-salud-en-tu-vida> (consulta 10 agosto de 2024).
- SEDESA [SECRETARÍA DE SALUD, GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO] (2019). Primer informe de gobierno. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5f8/744/ce8/5f8744ce863dd874995570.pdf> (consulta 10 octubre de 2024).
- SEDESA [Secretaría de Salud de la Ciudad de México], SECTEI, ADIP, INDEPORTE, SIBISO, RED ECOS, PILARES, PONTE PILA, & LOCATEL. (2021). Programa Salud En Tu Vida, Salud Para El Bienestar. Documento Ejecutivo. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/62d/1d9/0b9/62d1d90b9a31c828786977.pdf>
- SEDESA [SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO]. (2021). Salud en tu Casa. Servicios. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa> (consulta 28 de septiembre de 2024)
- SOUZA, H. J. (2004). *Como se faz análise de conjuntura social* (25ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- TAMEZ, S., y VALLE, R. (2005). “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”. *Revista Mexicana de Sociología*, vol.67, Núm.2: 321–356.
- TORRES-CANTERO, MA, ÁLVAREZ-LEÓN. EE; MORÁN-SÁNCHEZ I; SAN LÁZARO-CAMPILLO I; BERNAL-MORELL E; HERNÁNDEZ-PEREÑA M; MARTÍNEZ-MORATA I. (2022) “El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud. Informe SESPAS 2022”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 36, Num. s1:S4-S12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.008>
- TETELBOIN, C. (2020). “Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México”. *Boletín COVID-19. Salud Pública*, 1(12), 3–11.
- VÉLEZ-RIVERA, R., CARDONA-RIVAS, D., & VILLASANA-LÓPEZ, P. E. (2023). Sistemas políticos y sistemas de salud en América Latina, en el contexto de gobiernos corporativos y neoliberalismo regional. *Pacha. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 4(11), e230196. <https://doi.org/10.46652/pacha.v4i11.196>

Salud comunitaria y enfermería: aplicación del Modelo Calgary en una familia de un pueblo originario de Xochimilco desde el enfoque de APS

Ana Cristina Escarcega Figueroa* • Raúl Bautista Palillero**
Jennifer Viridiana Romero Uribe*** • Liliana González Juárez****
Ana Rita Castro*****

RESUMEN

Se trata de un estudio de caso familiar situado en el marco de la enfermería comunitaria desde la perspectiva de la salud familiar y atención primaria de salud. El abordaje de enfermería se llevó a cabo en una familia del pueblo de San Luis Tlaxialtemalco, perteneciente a uno de los 14 pueblos originarios de Xochimilco, para acciones de salud que favorezcan un cuidado a la salud tanto individual como familiarmente. Se trata de una familia de un matrimonio de dos adultos mayores de 75 años y 65 años, en etapa madura o bien de nido vacío latente, uno de ellos con enfermedades Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial ambos con insuficientes redes de apoyo para el desarrollo de actividades básicas y recreativas, también en el acompañamiento y seguimiento de tratamientos de salud. Se utilizó el modelo de valoración familiar Calgary, que permitió realizar diagnósticos de enfermería observando las alteraciones de los procesos familiares y situaciones de salud. Las intervenciones realizadas por parte de enfermería se dirigieron hacia el cuidado de la salud en enfermedades crónicas, la prevención de riesgos, y el fomento de la comunicación y el bienestar emocional dentro de la familia, mediante el uso de material didáctico visual y sesiones educativas se contribuyó a mejorar la calidad de vida de los integrantes, especialmente en su gestión de enfermedades crónicas, actividades recreativas y manejo de emociones. La familia mostró interés y participación a las actividades propuestas y en llevar a cabo las sugerencias que enfermería dirigió hacia las áreas de oportunidad que se debían trabajar. Este enfoque refleja la importancia de la intervención de enfermería en la comunidad para fortalecer la salud familiar y mejorar el bienestar en contextos rurales y de alta vulnerabilidad.

PALABRAS CLAVE: Salud Comunitaria, Enfermería, Modelo Calgary.

* Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: escarcegafigueroana@gmail.com

** Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: desavenir@gmail.com

*** Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: leviridianauribe@gmail.com

**** Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (FENO-UNAM). Correo electrónico de contacto:

lglliliana00@gmail.com

*****Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (FENO-UNAM). Correo electrónico de contacto: castroanarita@gmail.com

Fecha de recepción: 16 de enero de 2025.

Fecha de aceptación: 07 de abril de 2025.

Community health and nursing: application of the Calgary Model in a family of a native town of Xochimilco from the PHC approach

ABSTRACT

This is a family case study within the framework of community nursing from the perspective of family health and primary health care. The nursing approach was carried out in a family from the town of San Luis Tlaxialtemalco, belonging to one of the 14 original towns of Xochimilco, for health actions that favor individual and family health care. This is a family of a married couple of two older adults aged 75 and 65 years, in mature stage or latent empty nest, one of them with Diabetes Mellitus and Hypertension, both with insufficient support networks for the development of basic and recreational activities, also in the accompaniment and monitoring of health treatments.

The Calgary family assessment model was used, which allowed nursing diagnoses to be made by observing the alterations in family processes and health situations. The interventions carried out by the nurses were directed towards health care in chronic diseases, risk prevention, and the promotion of communication and emotional wellbeing within the family, through the use of visual didactic material and educational sessions that contributed to improving the quality of life of the family members, especially in the management of chronic diseases, recreational activities and management of emotions. The family showed interest and participation in the proposed activities and in carrying out the suggestions that nursing directed towards the areas of opportunity that needed to be worked on. This approach reflects the importance of nursing intervention in the community to strengthen family health and improve well-being in rural and highly vulnerable contexts.

KEYWORDS: Community Health, Nursing, Calgary Model.

Introducción

La familia es el entorno primordial donde se aprenden y desarrollan las prácticas de cuidado a la salud para el mantenimiento de la vida, las cuales son determinadas por el contexto, valores y normas sociales que guían el comportamiento de las personas y garantizan la perpetuación de la especie. Sin embargo, un aspecto al que se le ha dado poca relevancia, es el cuidado de la salud en el futuro, ya que este dependerá en mayor proporción del apoyo de la familia y de la red social

en las comunidades (Luttik, y Paans, 2018; Luttik, 2020), dado el incremento de la población adulta mayor y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, insuficiencia de servicios de salud centrados en el cuidado familiar en el ámbito comunitario, discapacidades, entre otros factores.

En este contexto, la familia es la primera red de apoyo y aprendizaje ya que ahí se establecen patrones de conducta, alimentación y bienestar, que influyen en la promoción de hábitos saludables y

la prevención de enfermedades. En este sentido, se propone describir un caso familiar a través de una estrategia que ubica a la persona y su familia en el centro de la atención (RNAO, 2015) y que ha permitido desde hace algún tiempo la práctica autónoma del profesional de enfermería (Mena-Gómez Et al, 2014; Viramontes 2018; Pulido-Castillo y Correa-Muñoz, 2018), donde se aborda necesidades de salud específicas al retomar las tareas de desarrollo familiar acordes al ciclo vital familiar, así como la estructura y funcionamiento familiar en la construcción de las propuestas de intervención de enfermería.

Es así que en el marco de la enfermería familiar como “disciplina científica que se centra en desarrollar el conocimiento de la estructura y el funcionamiento de las familias en el contexto de la enfermedad y la salud” (Kaakinen, et. al., 2015) y de la Declaración de Astaná respecto a empoderar a las personas y las comunidades, donde se hace referencia a apoyar la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en políticas y planes que repercutan en la salud (Astaná, 2018), alumnado de posgrado en enfermería aborda un estudio de caso familiar en el ámbito comunitario, con el propósito de otorgar una atención de enfermería especializada que incida en el bienestar y seguimiento del subsistema conyugal de una familia en etapa madura.

Durante la trayectoria de las familias a través del ciclo vital, las demandas de cuidados se agudizan en algunos momentos, como ocurre en la etapa madura y de adulto mayor, ya que muchas veces se desencadenan enfermedades crónicas no transmisibles, aunado a la salida de alguno de los integrantes de la familia, para formar sus propias configuraciones familiares, lo que repercute en una reducción de apoyos para el cuidado. Esta si-

tuación se manifiesta en una demanda de acompañamiento y seguimiento de cuidados tanto a nivel domiciliario como a nivel de la propia comunidad a través de instituciones sociales y de salud. Por tal motivo, se seleccionó a una de las familias usuarias del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), una instancia que pertenece a la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuyo objetivo es consolidar la formación de la enfermería comunitaria desde el enfoque de Atención Primaria de Salud y la colaboración interprofesional, al mismo tiempo que presta atención a los grupos prioritarios que ha definido previamente para esa atención y cuidado, de acuerdo a programas de extensión solidaria (salud materna integral, estimulación oportuna, acompañamiento al proceso de envejecimiento y cuidado en el hogar y la atención clínica intramuro) (<https://www.feno.unam.mx/index.php/cuec/>). Asimismo, en la línea del cuidado en el hogar, realiza las visitas domiciliarias, con el fin de conocer y atender las situaciones de salud que presenta la familia, en el campo de la salud comunitaria. Dicho Centro parte de indentificar los propios recursos de cuidado que tienen las familias en la comunidad, con base en las necesidades y el contexto social y cultural.

El abordaje y seguimiento del caso familiar se ubicó desde un enfoque cualitativo y de estudio de caso. Para la obtención de información se aplicó el Modelo de Evaluación Familiar de Calgary (Wright y Leahey, 2012) que permite proporcionar y evaluar la atención de enfermería desde una visión centrada en la familia.

Método

El estudio se sitúa en enfoque cualitativo de diseño estudio de caso, el cual “resulta especialmente útil cuando es necesario obtener una apreciación

profunda de un problema, acontecimiento o fenómeno de interés en su contexto natural” (Crowe et al. 2011).

El caso se enfocó en una familia en etapa madura residente de la comunidad del pueblo originario de San Luis Tlaxiátemalco, de la alcaldía Xochimilco, en la Ciudad de México. Esta etapa se caracteriza por adaptarse a los cambios ante la salida de los hijos del entorno familiar, lo cual implica que los padres deben reorganizarse en su unidad conyugal y emprender una nueva forma de comunicación y restablecimiento de la relación entre padres e hijos (Duvall y Miller, 1985). Esta familia aceptó participar voluntaria y libremente consentimiento informado; para referirse a cada uno de los participantes, en la descripción de este caso, se asignó un sobrenombre.

Se llevaron a cabo 4 visitas de seguimiento de duración aproximada de 120 minutos cada una y con la siguiente planificación: 1. Visita al CUEC para crear un enlace y compromiso asistencial. 2. Presentación de equipo de profesionales de enfermería y aplicación de instrumento de evaluación (Modelo Calgary). 3. Valoración de enfermería (genograma y ecomapa familiar, otros instrumentos adicionales) y 4. Ejecución y evaluación de intervenciones, las cuales tuvieron seguimiento adicional por personal de enfermería del CUEC. Se diseñaron intervenciones educativas enfocadas a promover la salud de la familia en: mejora de hábitos alimenticios, prevención de complicaciones de la Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus, el fomento de actividades físicas y recreativas, así como el manejo de emociones; todas centradas desde el contexto social y cultural de la familia y sus condiciones de vida.

Instrumentos. La recolección de los datos se llevó a cabo desde el mes de octubre a noviembre de

2024, a través de una entrevista semiestructurada y de acuerdo con el plan de seguimiento establecido por el equipo de alumnos del Programa de Maestría en Enfermería, el cual fue documentado constantemente durante el desarrollo de la intervención.

Se llevó a cabo un análisis del contexto familiar a través de la aplicación del instrumento de Valoración del Modelo de Evaluación Familiar Calgary (Wright y Leahey, 2012) y otras herramientas como el genograma y ecomapa familiar que han demostrado favorecer la empatía, la identificación de particularidades familiares y contribuir al desarrollo de intervenciones (Monteiro et. al., 2016). La definición de necesidades y formulación de diagnósticos de enfermería se decidió plantearlos como problemas reales.

La valoración del Modelo Calgary incluye tres dimensiones la primera de ellas es la estructura que describe desde una visión interna sobre quienes componen la familia, orden de rango de los hijos y características que presentan sus integrantes, da cuenta de los subsistemas conyugal, parental y fraterno entre otros elementos. Y desde una postura externa da cuenta del origen de la familia y el contexto social y ambiental donde se ubica la familia. La segunda dimensión se enfoca en la etapa de desarrollo familiar que en este caso es una familia madura, donde se observan rasgos de la familia en etapa del nido vacío y jubilación, que dan pie a ciertas tareas de desarrollo familiar propias de los acontecimientos que vive la familia. Finalmente, la tercera dimensión es el funcionamiento familiar tanto de tipo instrumental, donde se describen las actividades de la vida diaria y el funcionamiento expresivo, que tiene que ver con la comunicación, resolución de problemas, roles, creencias y ejercicio de poder.

Se elaboró un genograma para representar gráficamente la información obtenida, sobre la composición familiar (McGoldrick y Gerson, 2009), en el cual se muestra algunos antecedentes de salud relevantes y la composición del sistema familiar. La construcción del ecomapa se realizó con la participación de la familia y la colaboración del personal adscrito al CUEC y asesoras de la práctica de la asignatura de Salud Comunitaria del Posgrado en Enfermería.

El desarrollo del estudio de caso ocurrió de acuerdo con los preceptos éticos del Comité de Ética para enfermeros y enfermeras en México (Secretaría de Salud, 2001) respecto a la beneficencia y no maleficencia, justicia, autonomía, privacidad y confiabilidad principalmente. Así mismo bajo los criterios establecidos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Secretaría de Salud, 2014) respecto al artículo 17, inciso I. sobre investigación sin riesgo y el artículo 20 y 21 sobre el consentimiento informado.

Resultados

El ciclo vital de la familia corresponde a una familia madura, también definida como de nido vacío latente, corresponde a un tipo de familia extensa y está compuesta por el subsistema conyugal el cual refiere contar con 48 años viviendo juntos, integrado por Flor madre de familia, de 65 años dedicada al hogar y Andrés padre de familia de 76 años, actualmente jubilado. Como parte de la misma familia extensa, se encuentra el hijo menor de 40 años de edad junto con esposa y dos hijas adolescentes quienes hacen una vida independiente del subsistema conyugal y quienes no fueron localizados durante el desarrollo de las visitas domiciliarias. Por lo tanto, este grupo familiar actualmente está viviendo por un lado una

etapa de familia con adolescentes y por otro, una etapa como familia madura viviendo lo que se denomina “nido vacío” y la jubilación de uno de sus integrantes. El abordaje del caso se enfocó en la etapa de familia madura específicamente. A continuación, se describirán algunos datos sobre el subsistema conyugal de referencia.

El señor Andrés de 75 años jubilado, realiza con frecuencia ciclismo. Por otro lado, se observa el consumo de bebidas energéticas y recaída en el consumo de alcohol, del cual se había abstenido por más de 10 años. Gran parte de sus actividades diarias está centrada en la atención de las necesidades de su esposa. El señor Andrés solventa los gastos referentes a la atención médica y manutención diaria del subsistema familiar. Expresa haber tenido una cirugía en rodilla izquierda hace aproximadamente 15 años y en la actualidad mantiene seguimiento a través de la atención médica por el servicio de ortopedia del ISSSTE, ya que presenta dolor intenso en la misma rodilla al caminar, esta situación de salud le limita actualmente hacer ciclismo y controlar su estrés. Durante la evaluación física y toma de signos vitales, el señor Andrés no presenta alteraciones en percentiles de peso y talla, encontrando estos en rangos de normalidad.

La señora Flor de 65 años, ama de casa la cual cuenta con diagnóstico de diabetes mellitus desde hace 17 años, así como Hipertensión arterial, ambas con manejo y control médico por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), apegada al tratamiento farmacológico mediante auto ministración de insulina en ayuno una vez día, sin embargo no cuenta con plan alimenticio, reconoce los alimentos que favorecen el equilibrio de su glucosa pero no los incluye completamente a su

dieta, carece de apoyo para la toma y registro de glucosa aunque identifica la importancia de llevar dicho control dentro de los parámetros de normalidad. En el mismo sentido y como consecuencia del descontrol de glucosa, actualmente cursa tratamiento con especialista de oftalmología, para el problema de disminución de la agudeza visual, la cual limita sus actividades básicas de la vida diaria, manejo de emociones, así como recreativas, exponiéndose a repetidas caídas hasta el momento con lesiones menores.

Expresa pérdida de interés en interacción social actividades que anteriormente realizaba. De igual forma en la valoración física fue posible detectar factores de riesgo que vulneran sus miembros inferiores tales como: edema y elevación de la temperatura, sequedad cutánea y uso de calzado inadecuado.

El hijo 1 y 2 que integran la familia y que se presentan en el genograma (ver figura 1), están casados y visitan ocasionalmente a la familia de referencia. Ante esta situación, el señor Andrés, comenta que le preocupa ver a su esposa ante su actual situación de salud. Ambos integrantes del subsistema han manifestado contar con apoyo del personal de enfermería del CUEC, sin embargo, la mayor parte de la atención de necesidades de la señora Flor, recaen en el señor Andrés, debido a las dificultades en torno a la disminución de la vista.

El hijo 3, así como su esposa e hijos, viven actualmente con el subsistema conyugal de referencia, sin embargo, no se tuvo la oportunidad de lograr comunicación con ellos.

Tabla 1 Simbología de Genograma

Característica	Simbología	Característica	Simbología
Hombre		Casamiento	
Mujer		Años de matrimonio	M
Muerte	 	Hipertensión arterial	HAS
Persona índice	 	Diabetes	DM
Relación familiar distante		Miembros que viven en el hogar inmediato	
Relación familiar fuerte			

Fuente: McGoldrick, M., & Gerson, R. (1985)

salud, así como cubrir necesidades básicas, debido a la situación de distanciamiento y poca comunicación con los hijos, que actualmente enfrentan.

El subsistema conyugal mantiene una dinámica en el hogar en la que ambos contribuyen, cuando alguno de ellos se enferma, el otro proporciona cuidados, y entre ellos deciden el momento oportuno de acudir a solicitar servicio médico.

Como se observa es una familia tradicional en donde la etapa de nido vacío no ha sido totalmente concretada, ya que continúan compartiendo el hogar con su hijo menor y su familia de procreación, sin embargo, ellos realizan sus actividades independientemente sin incluir a sus padres. Con respecto al resto de los hijos, el matrimonio expresa conformidad, ya que reciben visitas ocasionales del resto de sus hijos y nietos, aun cuando la mayoría del tiempo están solos o se refugian en su precaria red de apoyo social, el hombre a su grupo de amigos ciclistas y la señora en su religión (escuchando programas de radio alusivos a su religión).

Respecto a la forma de expresar sus emociones y comunicación intrafamiliar (funcionamiento expresivo) se observa, falta de estrategias en la comunicación de pareja para una resolución de conflictos y expresión de emociones debido a que ella manifiesta desacuerdos, pero cuando él no se encuentra presente, lo que evidencia no solo falta de comunicación, sino la falta de escucha activa y confianza mutua.

Todos los problemas antes descritos, se dan en un contexto de residencia de esta familia, en el pueblo originario de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, cuya riqueza histórica, cultural y natural lo convierte en un referente significativo de la identidad xochimilca. Este territorio se caracteriza por

ser uno de los últimos espacios que preservan el sistema agrícola de chinampas, declarado Patrimonio Mundial por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Este sistema no solo sostiene la economía local, sino que también es clave en la producción de alimentos como flores, hortalizas y maíz, contribuyendo al abastecimiento de la Ciudad de México.

Es así que culturalmente, San Luis Tlaxialtemalco mantiene vivas tradiciones prehispánicas y coloniales que se reflejan en sus festividades, artesanías y prácticas religiosas, sus manifestaciones culturales refuerzan la cohesión social y el sentido de pertenencia comunitaria. El contexto ambiental de San Luis enfrenta desafíos significativos, como la contaminación de los canales, la sobreexplotación de recursos naturales y el cambio de uso de suelo, que amenazan su equilibrio ecológico. Estas problemáticas también impactan en el acceso al agua potable y en la calidad del aire, elementos fundamentales para la salud y el bienestar de la población.

Socialmente, la comunidad mantiene una organización basada en usos y costumbres, donde la asamblea comunitaria y el tequio (trabajo colectivo) son pilares de gobernanza local. En este marco los problemas familiares coexisten con problemas como la urbanización, la migración, la cohesión social y el acceso desigual a servicios públicos esenciales, como educación, salud y transporte.

Intervención terapéutica

Tomando como referencia la valoración familiar Calgary y los instrumentos de genograma y ecomapa familiar, se enumeran los problemas de salud reales y se priorizo su atención, así mismo

se describen las intervenciones de enfermería implementadas como se menciona a continuación:

1. **Riesgo de caídas:** Se define como la vulnerabilidad del paciente a sufrir una lesión física debido a una caída (Alzahrani y Vennu, 2023), destacando los factores de riesgo como son su condición de salud, limitación en la agudeza visual, la edad, el entorno y espacios que ponen en riesgo la deambulación. **Intervención:** Reconociendo los factores de riesgo se llevó a cabo la ubicación de las zonas y situaciones dentro de casa que pueden ocasionar una caída, bajo el apoyo de material visual se proporcionaron recomendaciones para evitar caídas en el adulto mayor, las cuales fueron: calzado con suela rugosa, descripción de procedimiento al levantarse de cama o silla (Eskolla, 2024) por lo que se proporcionó educación para la salud respecto a que debe esperar unos minutos para incorporarse, mantener la espalda recta y flexionar las piernas y apoyarse en las piernas para levantar el cuerpo, además se sugirió mejorar la iluminación en la vivienda, evitar caminar en superficies mojadas y sugerir organizar la distribución de muebles y objetos que obstruyan el paso. **Evolución:** La familia identificó las situaciones de riesgo y lo expresa de manera verbal, de igual forma modificó aspectos minimizando estos riesgos, como ejemplo de ello fue, evaluación de sus calzados enfocándose en el nivel del desgaste de las suelas, aumentaron la iluminación principalmente del acceso al sanitario colocando un foco adicional. Además, se organizaron para colocar los objetos de forma ordenada en lugares específicos y que de igual forma fueran accesibles para la Señora Flor.
2. **Deterioro de la interacción social.** En esta familia se observó un intercambio social de

manera insuficiente o excesiva o de calidad inefectiva. **Intervención:** Bajo esta identificación se llevaron a cabo pláticas con la Señora Flor en busca de potencializar su socialización, haciendo de su reconocimiento el cómo se sentía cuando compartía con personas de su edad, cuando acudía a sesiones al CUEC, haciendo llegar a ella mensajes positivos de las personas que convivan con ella en las actividades recreativas que anteriormente disfrutaba, de igual forma se enfatizó la importancia de la escucha activa. **Evaluación:** La Señora Flor, en todo momento mostró apertura a expresar sus emociones y situaciones que le causaban estrés, enojo y frustración, además de las situaciones y actividades que le dan alegría y entretenimiento. Expresa de manera verbal querer regresar a asistir al CUEC ya que ahí ya tenía algunas amigas y le gustaría volver a verlas, de igual forma expresa que le gusta como la atiende el personal del CUEC y las actividades que ahí realizan. Días posteriores a la intervención asiste al CUEC y reafirma el compromiso por asistir regularmente ya que eso le hace sentir bien y activa.

3. **Cuidados de los pies en el paciente con diabetes.** **Intervención:** después de la valoración de los miembros pélvicos se realizó una sesión en donde se le explicó a la Señora Flor los cuidados que debe tener para evitar una lesión en sus pies, así como la importancia del cuidado de los mismos bajo la condición de salud de la diabetes mellitus que ella presenta, fue mediante recurso visual, infografía destacando el uso de calzado correcto, después del aseo, dejar al pie libre de humedad, la aplicación de cremas humectantes, uso de medias o calceta sin costuras y por último pendiente de algún cambio en la temperatura o coloración. Así mismo se planteó la importancia

de realizar visitas subsecuentes por parte de pasantes de enfermería asignados al CUEC, para dar seguimiento como parte de la red de atención a la salud e informar a la red familiar sobre la necesidad de apoyo y vigilancia en esta actividad como se recomienda en la literatura (Cerqueira, et. al. 2020). **Evaluación:** La Señora Flor pidió asistencia en revisar sus calcetines y bajo la intervención ella fue valorando cuales eran adecuados para ella y cuales no lo eran, expreso que durante alguna caminata larga o no usual al recorrido que realiza normalmente, se edematiza algún miembro inferior, de igual forma expreso que utilizaría crema para humectar sus pies ya que no lo realiza y contemplo asistir al podólogo ya que se le dificulta el corte de sus uñas por la agudeza visual disminuida.

4. Alimentación adecuada para pacientes con hipertensión y diabetes. **Intervención:** se llevó a cabo educación para la salud a fin de orientar sobre el tipo de alimentos que pueden consumir y más acordes al contexto en México (SS, INSP, UNICEF, 2023) y que favorecen a personas con diabetes, ya que la familia mostró gusto por consumir frutas, por lo tanto, se destacó el tipo de frutas con menor índice glucémico, así como el número de porciones por día recomendable para su situación de salud. **Evaluación:** La Sra. Flor pidió asistencia en revisar sus calcetines y bajo la intervención ella fue valorando cuales eran adecuados para ella y cuales no lo eran, expreso que durante alguna caminata larga o no usual al recorrido que realiza normalmente, se edematiza algún miembro inferior, de igual forma expreso que utilizaría crema para humectar sus pies ya que no lo realiza y contemplo asistir al podólogo

ya que se le dificulta el corte de sus uñas por la agudeza visual disminuida.

5. Riesgos de daños a la salud provocados por consumo de bebidas energéticas. **Intervención:** En el caso del señor Andrés y la detección de consumo frecuente de bebidas energéticas y su vinculación al riesgo de Hipertensión Arterial (Martínez-García, et al., 2025), se dio consejería enfocada en las dudas o necesidades de recurrir al consumo de estas bebidas, destacando los riesgos que comprometen al sistema circulatorio, resolviendo dudas sobre el mito de estas bebidas y haciendo recomendaciones de alternativas para la hidratación. **Evaluación:** Al término de la consejería en este tema, el señor Andrés expreso no haber tenido conocimiento de los daños que causan las bebidas que toma y ahora con ese conocimiento se limitaría el uso de ellas e informales a sus amigos de rodada de estos daños.
6. Manejo de emociones y diálogo intrafamiliar. **Intervención:** fue enfocada al subsistema conyugal, donde se destacó las fortalezas que tenían como pareja longeva llena de conocimientos y sabiduría. Se tomó como referencia la resiliencia y escucha activa, se enfatizó la importancia de escuchar las necesidades y sentimientos del otro y de esa forma poder crear soluciones de común acuerdo y reconociendo las emociones y sentimientos presentes entre ellos. De igual forma mediante el diálogo se les invitó a expresar sus necesidades que tienen como personas adultas mayores a todos sus hijos, a fin de lograr una mayor convivencia familiar (Montero-López, et al. 2019) y participación en el cuidado de su salud y el mantenimiento de su vivienda.

Discusión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles representan una de las principales causas de muerte en países de ingreso bajo y mediano (OMS, 2024). En México estos problemas de salud están ligados a una conjunción de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y una serie de factores de riesgo que tienen un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, propiciando una mayor incidencia y presencia de complicaciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles, que afectan tanto a hombres como mujeres (Elías, *et al.* 2017). Por lo tanto, requieren de nuevas estrategias de cuidado en el ámbito comunitario, tales como afianzar la responsabilidad recíproca de los integrantes de la familia en el cuidado de los enfermos y adultos mayores, otra posibilidad es la ampliación de redes de apoyo y asesoría para el cuidado en el ámbito domiciliario, como lo viene desempeñando el CUEC con el seguimiento de familias en su domicilio, como parte de la estrategia de Cuidado en el hogar.

La OMS, reconoce desde hace varias décadas que la salud y el bienestar de un individuo están estrechamente relacionados con el contexto familiar y comunitario en el que vive (OMS, 2004). Lo que se evidencia en el caso presentado, ya que identificaron no solo las necesidades de salud, sino también necesidades sociales y emocionales que van enfrentando las familias en su vida cotidiana, por lo que es importante diversificar el tipo de atención que se otorga y no solo enfocarse en el cuidado de la enfermedad, sino también en aspectos emocionales, de interacción o recreación, entre otros.

En este sentido, la importancia de la enfermería comunitaria y familiar está ligada a un enfoque

de Atención Primaria de Salud, que radica en su capacidad para proporcionar una atención de salud integral, centrada en las necesidades individuales y familiares considerando el contexto donde vive la familia (WHO y UNICEF, 2018). Esto contribuye en el seguimiento de sus padecimientos, prevención de complicaciones, pero principalmente en la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida del sistema familiar. En este sentido el estudio de Mena (2014) menciona que a través de esta intervención educativa de enfermería familiar se puede dar seguimiento a la modificación de ciertas conductas que ponen en riesgo la salud de los integrantes de la familia, también se pueden promover acciones enfocadas a prevenir complicaciones de los problemas de salud y atención emocional, siempre partiendo de sus condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud.

Sánchez-González (2023) apunta que la atención de enfermería en la comunidad favorece un enfoque integral y personalizado, elevando la calidad de vida de las personas y fomentando hábitos de vida más saludables. Es trascendental el impacto de la familia en la salud de las personas; ya que este es determinante para lograr la implementación de cuidados de calidad (Parra-Giordano, *et al.*, 2017), sobretodo en el caso de los adultos mayores, quienes de acuerdo a las estadísticas actuales sufren no solo de enfermedades no transmisibles sino también de problemas de soledad y el aislamiento social (Montero-López, 2019).

Conclusiones

Este abordaje de enfermería comunitaria, permitió identificar las necesidades de salud de una familia en etapa madura en el pueblo originario de

San Luis Tlaxiátemalco, de Xochimilco. A través de la intervención de enfermería bajo un enfoque de Atención Primaria de Salud, con apoyo del Modelo de Evaluación Familiar Calgary resultó ser una estrategia teórico metodológica que facilita la promoción de la salud, la educación para la salud y la protección específica y contribuye a la participación de las personas sujeto de la atención y el cuidado y del propio personal de salud, desde las determinantes del territorio y el contexto socioeconómico del pueblo originario.

La intervención abordó temas clave como el cuidado de la salud en enfermedades crónicas, la prevención de complicaciones y el fomento de la comunicación y el bienestar emocional dentro de la familia. El uso de material didáctico visual y sesiones educativas con escucha activa contribuyó a mejorar la calidad de vida de los integrantes, especialmente en su gestión de enfermedades crónicas, actividades recreativas, manejo de emociones e importancia del mantenimiento de la interacción con su red de apoyo familiar y social.

Por lo antes expuesto, consideramos que, bajo el enfoque de la Atención Primaria de Salud, la salud comunitaria de la mano de la práctica de la enfermería comunitaria con énfasis en la familia podría conformarse en una estrategia a incorporar en el sistema de salud mexicano, porque complementará el trabajo que se realiza en la consulta individual a aquellas personas con enfermedades crónicas no transmisibles y en el seguimiento podría incorporarse esta estrategia, sobre todo para un primer nivel de atención.

Este caso refleja la importancia de ampliar la participación de enfermería en la comunidad para fortalecer la salud familiar y mejorar el bienestar en contextos rurales y de alta vulnerabilidad. De igual forma el trabajo que realizan instancias como el CUEC para poder gestionar y abordar el acercamiento con la comunidad, es una excelente estrategia para atender las necesidades cotidianas de cuidado que presentan las familias en las diferentes etapas del ciclo vital y de su curso de vida en el campo de la salud comunitaria.

Referencias bibliográficas

- ALZHRANI, MS. VENNU, V. (2023). Metabolic syndrome is associated with an increased risk of falls in the elderly. *Natl Med J India*, 36(6):370-373. https://doi.org/10.25259/nmji_944_2021 (consulta 07 de abril de 2025).
- ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERAS DE ONTARIO (RNAO). (2015). *Cuidados centrados en la persona y familia. Guía de buenas prácticas*. Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
- CERQUEIRA, MM., MERCES, MC. CERQUEIRA, JM. SILVA, DA. ALMEIDA, OS. & GOMES, AM. (2020). Propostas de cuidados ao indivíduo com pé diabético em tempo de pandemia do COVID-19 no Brasil. *Acta Paulista De Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0005> (consulta 07 de abril de 2025).
- CROWE, S. CRESSWELL, K. ROBERTSON, A. HUBY, G. AVERY, A. SHEIKH, A. (2011). The case study approach. *BMC Med Res Methodol*, 11:100, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100> (consulta 07 de abril de 2025).
- DUVALL, R.- MILLER, B. (1985). *Matrimonio y desarrollo familiar*. Nueva York: Harper & Row, Publishers.

- ELÍAS, VADC. GONZÁLEZ, MF. GONZÁLEZ, JL. FLORES, MLF. BRITO, CCE. (2017). Cuidados de enfermería en una familia con enfermedades crónicas. *Revista Cuidarte*, 6 (11), pp. 24-33. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69134> (consulta 07 de abril de 2025).
- KAAKINEN, JR. PADGETT-COEHLO, D. STEELE, R. (2015). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Filadelfia: FA Davis Company.
- LUTTIK ML, PAANS W. (2018). "New Kid on the Block": Family Nursing Initiatives in the Netherlands. *J Fam Nurs*, 24(3):303-306. <https://doi.org/10.1177/1074840718788372> (consulta 07 de abril de 2025).
- LUTTIK ML. (2020). Family nursing_ the family as the unit of research and care. *Revista Europea de Enfermería Cardiovascular*, 19(8):660-662. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515120959877> (consulta 07 de abril de 2025).
- MARTÍNEZ-GARCÍA, M, GUTIÉRREZ-ESPARZA, GO, MÁRQUEZ, MF, AMEZCUA-GUERRA, LM, HERNÁNDEZ-LEMUS, F. (2025). Análisis de aprendizaje automático de factores de riesgo emergentes para hipertensión de inicio temprano en la cohorte Tlalpan 2020. *Fronteras en medicina cardiovascular*, 11, 1434418. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1434418> (consulta 07 de abril de 2025).
- MCGOLDRICK M. Y GERSON R. (2009). *Genogramas en la evaluación familiar.*, México: Gedisa.
- MENA-GÓMEZ I, CADENA-ESTRADA J, TRONCOSO-PÉREZ D. (2014). Intervención de Enfermería en una familia mexicana con factores de riesgo para enfermedades crónico- degenerativas. *Enfermería Universitaria*, 11(2): 67-72. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n2/v11n2a5.pdf> (consulta 07 de abril de 2025).
- MONTEIRO GRSS, MORAES JCO, COSTA SFG, GOMES BMR, FRANCA ISX, OLIVEIRA RC. (2016). Aplicación del Modelo de Evaluación Familiar de Calgary en el contexto hospitalario y en la atención primaria de salud. Revisión integradora. *Aquichán*, 16 (4): 487-500. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4514/pdf> (consulta 07 de abril de 2025).
- MONTERO-LÓPEZ L, LUNA-BAZALDÚA D, SHNEIDMAN LA. Loneliness in the elderly in México, challenges to public policies. *The Journal of Chinese Sociology*, 2019 6(16):1-17. <https://doi.org/10.1186/s40711-019-0106-0> (consulta 07 de abril de 2025).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (2004). *La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia*. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.9 del orden del día provisional. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha57/a57_12-sp.pdf (consulta 07 de abril de 2025).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. *Enfermedades no transmisibles*. (23 de diciembre 2024). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (consulta 07 de abril de 2025).
- PARRA-GIORDANO, D., GONZÁLEZ-MOLINA, D., & PINTO-GALLEGUILLOS, D. (2017). Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Enfermería universitaria*, 14(1), 67-75. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n1/2395-8421-eu-14-01-00067.pdf> (consulta 07 de abril de 2025).
- PULIDO-CASTILLO, G. Y CORREA-MUÑOZ, E. (2018). Valoración familiar de Calgary, intervenciones de enfermería familiar. Caso clínico. *Casos y revisiones de salud*, 1(0), pp. 13-19. https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wp-content/Contenido/Volumenes/V0N1/2ValoracionfamiliardeCalgary_intervencionesdeenfermeriafamiliar_Reportedecaso.pdf (consulta 07 de abril de 2025).
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ J. (2023). La Enfermería Comunitaria: Una Estrategia Efectiva para la Pre-

- vención de Enfermedades. *Revista Bioaciencia. Salud y medio ambiente*, 3(1): 122-141. Recuperado de <https://boaciencia.org/index.php/saludyambiente/article/view/97/121> (consulta 07 de abril de 2025).
- SECRETARÍA DE SALUD. (2001). *Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México*. Subsecretaría de innovación y calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Ciudad de México. <https://amdeu.com.mx/images/codigo.pdf> (consulta 07 de abril de 2025).
- SECRETARÍA DE SALUD. (2014). *Reglamento de la Ley General de salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf (consulta 07 de abril de 2025).
- SECRETARÍA DE SALUD [SS], INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA [INSP], FONDOS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA [UNICEF]. (2023). *Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana*. México. <https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2023/09/GUIAS-ALIMENTARIAS-SALUDABLES-Y-SOSTENIBLES.pdf> (consulta 07 de abril de 2025).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) (2018). *Declaration of Astaná. Global conference on primary health care*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1> (consulta 07 de abril de 2025).
- WRIGHT, LM. y LEAHEY, M. (2012). *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F. A.: Davis Company.

Atención Primaria de la Salud como activo frente a la vulnerabilidad en salud de las personas con discapacidad de las zonas Rurales de Nuevo León

Karla Isabel Juárez Ibarra* • José Manuel Rangel Esquivel**

RESUMEN

La vulnerabilidad en salud está relacionada con factores como la vivienda, condiciones laborales, cobertura médica y el acceso a servicios, para la población rural la falta de acceso no solo se limita a la presencia o no de centros de salud, sino también implica el acceso financiero y geográfico, para hacer frente a la vulnerabilidad en salud la organización comunitaria y familiar son fundamentales, así como la atención primaria en salud que deberá incluir no solo la perspectiva biomédica, sino también los saberes tradicionales. El objetivo de este documento es analizar los factores de acceso, aceptabilidad y disponibilidad que influyen en la vulnerabilidad en salud de la población con discapacidad de las zonas rurales, así como identificar las estrategias utilizadas para mitigar dicha vulnerabilidad, esto permite que se promueva la inclusión social y la equidad en salud para esta población. El estudio se llevó a cabo mediante un enfoque etnográfico complementándose con datos cuantitativos obtenidos del “Cuestionario de los determinantes sociales de la salud en los hogares rurales de Nuevo León”. Los resultados indican que 57.7% de la población no cuenta con afiliación a servicios de salud y los tiempos de traslado son largos. El 62% de las personas con discapacidad no tienen enfermedades crónicas, las mujeres cuidadoras recurren a la medicina tradicional, para mejorar la salud familiar y comunitaria, lo que contribuye a la reducción de la inequidad en salud. El análisis sugiere que combinar servicios públicos y prácticas de salud colectiva coadyuva a visibilizar los recursos y prácticas en salud de este grupo de población. Es fundamental impulsar estrategias de salud con participación social y un enfoque transdisciplinario entre la comunidad, asociaciones civiles, academia y el estado, para promover políticas sociales centradas en la salud colectiva y los saberes comunitarios.

PALABRAS CLAVE: atención primaria de la salud, vulnerabilidad, discapacidad.

* Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Correo electrónico de contacto: karla.juarezibr@uanl.edu.mx

** Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad

Autónoma de Nuevo León (UANL). Correo electrónico de contacto: jo-semre@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 02 de abril de 2025.

Primary Health Care as an Asset Against Health Vulnerability of People with Disabilities in Rural Areas of Nuevo León

ABSTRACT

Health vulnerability is linked to housing, working conditions, medical coverage, and service access. For rural populations, lack of access is not only about the presence of healthcare facilities but also financial and geographical barriers. To address health vulnerability, community and family organizations are essential, as well as primary healthcare, which should integrate both biomedical and traditional knowledge. This document aims to analyze the factors of access, acceptability, and availability that influence the health vulnerability of people with disabilities in rural areas. It also seeks to identify strategies to mitigate this vulnerability, promoting social inclusion and health equity. The study employed an ethnographic approach, complemented by quantitative data from the *Questionnaire on Social Determinants of Health in Rural Households of Nuevo León*. Findings indicate that 57.7% of the population lacks health service affiliation, and travel times to healthcare facilities are long. Additionally, 62% of people with disabilities do not have chronic illnesses, and caregivers rely on traditional medicine to improve family and community health, contributing to reducing health inequities. The analysis suggests that combining public services with collective health practices helps recognize the health resources and practices of this population group. It is crucial to promote health strategies with social participation and a transdisciplinary approach involving the community, civil organizations, academia, and the state. This approach should encourage social policies centered on collective health and community knowledge.

KEYWORDS: primary health care, vulnerability, disability.

Introducción

La vulnerabilidad es entendida como la posibilidad de riesgo de las comunidades, familias o individuos de ser afectados, lesionados o causar un daño permanente debido a cambios en sus contextos, ubicaciones e incluso sus limitaciones personales (UNICEF, 1990; Rodríguez, 2000; Villa, 2001). La vulnerabilidad ha sido estudiada desde diferentes perspectivas, una de ellas es la social, que se refiere a la vulnerabilidad como la falta de organización o de la capacidad para mejorar su calidad de vida mediante el acceso a diferentes bienes y servicios y no refiriéndose exclusivamente a la pobreza.

La protección a la salud forma parte de estos bienes y servicios, en nuestro país la constitución mexicana en el artículo 4 menciona que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” por tal motivo es que se debe trabajar en ejercer este derecho y que el resultado de este acceso sea la salud humana (Braveman 2014; Mendoza, 2018), es decir que se obtenga el más alto nivel de salud posible, esto desde una perspectiva de la atención primaria de la salud donde la responsabilidad no recae sólo sobre el personal de salud sino que también se trabaje en la promoción a la salud, con responsabilidad compartida entre los

integrantes de la comunidad y en consonancia con los determinantes sociales de la salud (Gobierno de México, 2023).

Algunos determinantes sociales de la salud considerados por Ramasco-Gutiérrez y cols. (2017) como variables de vulnerabilidad en salud son la vivienda, las condiciones de vida y empleo, escasas de recursos, problemas medioambientales y el estado de salud, en general dentro de la sociedad existen personas, familias e incluso comunidades que son más susceptibles a sufrir accidentes, enfermarse e incluso morir, estas características de exposición a mayores riesgos los coloca en una posición de vulnerabilidad en salud (Arzate y Rangel, 2021).

Otro factor importante en la vulnerabilidad en salud es la cobertura universal de servicios de salud, que forma parte de los elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de la Salud (OPS, 2013). Vértiz-Ramírez et al. (2024) identifican tres principales barreras en salud, primero respecto al acceso al considerar los factores organizacionales, financieros y físicos o geográficos entendido como la distancia, el tiempo de traslado y la conectividad, el acceso es también un eje de mejora para los centros de atención primaria de la salud; otra barrera es la disponibilidad, es decir si hay centros de atención, infraestructura, equipo, insumos y recurso humano (OPS, 2013; Gobierno de México, 2023); y por último, la aceptabilidad, que tiene en cuenta la ética del personal de salud, con respeto a la cultura de las comunidades, familias y personas con los que tienen trato, resguardando el secreto profesional y con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población sin permitir que la influyan los factores sociales, religiosos o las creencias.

Con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México en el 2023, Vértiz-Ramírez et al. (2024) aluden a la vulnerabilidad en salud en dos niveles: a) familiar, en el que considera como indicadores los servicios de saneamiento, la energía eléctrica, las características de la vivienda, el empleo del o la jefa de familia, la afiliación a servicios médicos y la inseguridad alimentaria; b) a nivel individual, hace referencia a si las personas presentan alguna discapacidad; son mayores de 60 años; el embarazo, el nivel de estudios y si hablan alguna lengua indígena.

El abordar la vulnerabilidad nos puede llevar a ubicarla en una connotación negativa, pero es importante visualizarla desde la resiliencia, los activos y las oportunidades para el crecimiento y la implementación de estrategias para hacer frente a situaciones adversas (Moser, 1996; Seery et al., 2010; Fineman, 2012). Una de las principales estrategias frente a la vulnerabilidad en salud es la Atención Primaria de Salud (APS), que entre otras estrategias emplea el pluralismo médico (Menéndez, 2005), el repertorio medicinal (Rangel, 2009) así como estrategias en salud que implementa la población de localidades, para este estudio, específicamente en localidades rurales inferiores a los 1mil habitantes.

La Atención Primaria de Salud es definida como

(...) la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación (WHO, 1978:1).

Esta se lleva a cabo con la participación conjunta no sólo del personal médico o enfermeras, sino de todo el sector salud y los conjuntos sociales desde la perspectiva de la salud pública, apoyada en la biomedicina y los saberes alternativos, pilares de la *Salud Colectiva* (Breilh, 1979; Laurell, 1997). Desde la APS se propone a la familia o comunidad como el primer nivel de atención frente a la enfermedad, ya que es donde se generan las primeras acciones de prevención y atención de los padecimientos, la práctica médica en un segundo nivel y la atención sea parte del tercer nivel (Menéndez, 2003).

Respecto a los estudios sobre la APS, en la literatura destaca un estudio cualitativo desde la perspectiva del personal y los usuarios de servicios de salud, en este, se evalúan los modelos de prevención y promoción de la salud utilizados en la práctica habitual de la atención primaria de la salud, muestra cómo el personal de salud basa estos programas en el empoderamiento de los usuarios de manera intrapersonal, es decir, modelos micro de intervención, para generar conciencia en las personas de los riesgos de las enfermedades y orientándolos para conocer y llevar a cabo el cambio de hábitos; destaca los beneficios que se obtendrían de estos comportamientos saludables; otro dato importante es que estas intervenciones también se dieron a nivel interpersonal con participación de la familia, pero la participación de promoción de la salud a nivel comunitaria fue escasa (Gil-Girbau et al, 2021)

Con referencia a la participación comunitaria, como elemento clave en la atención primaria de salud, un estudio realizado en España identificó el 49.5% de la participación es activa, es decir, contribuyen mediante la intervención en estrategias de APS, 32% participaba en el diseño, 32% en el

proceso y 23.5 en la evaluación, dentro de estas actividades comunitarias se identificó que en 85% de ellas participaban dos o más profesionales del equipo de atención primaria y en un 61% había participación de diferentes perfiles de profesionales, siendo médicos o enfermeras los que predominan (March et al, 2014).

Esto, conduce a ubicar los roles y funciones fundamentales que tienen los hogares y las familias en la salud. La familia es definida por la OMS (1978:34) como la “unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas”, dentro de la APS es el primer nivel de atención, donde se deberá otorgar la capacidad a cada uno de sus miembros para poder hacer frente a las crisis que se presenten al exterior y al interior del hogar, estas situaciones pudieran modificar sus funciones y su estructura, pero a su vez el hacer frente a ellas tendría un reflejo en el bienestar físico y psicológico de la salud familiar, se aportaría en la curación y rehabilitación de sus miembros en la medida en que se reconozcan las cuestiones de salud y la manera en la que se actúe frente a éstas, además de no sólo brindar apoyo moral, sino también a través de los saberes y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida de cada uno de los integrantes (Ortiz Gómez, 1999).

La familia, por tanto, es importante en cuestiones de salud ya que son proveedores cuidados y atenciones a la salud, en el caso de la población con discapacidad las o los cuidadores son personas clave esencial, ya que en la convivencia diaria se convierten en prestadores de atención primaria de salud, de acuerdo con las experiencias vividas, a través de los cuidados es que conforme a sus saberes desarrollan habilidades importantes, específicamente en la detección de urgencias. Esto,

conduce a ubicar la APS como un activo, presente a través de los distintos roles y funciones de la familia en el primer nivel de atención.

Por lo anterior, la atención primaria de salud no solamente se apoya del personal médico sino también es indispensable el autocuidado por parte de la persona (Álvarez-Manilla, 1988; Menéndez, 1988; Suárez, 2001; Juárez-Ramírez et al., 2014; Cala, 2020) en esta práctica del autocuidado promovido e impulsado por la biomedicina a partir del concepto de estilo de vida, enfocado en prevenir el desarrollo o avance de los padecimientos (Menéndez, 2003) y que comúnmente se realiza con base en los conocimientos obtenidos de las experiencias con el personal de salud, pero también con el uso de infusiones, remedios y herbolaria, es decir medicina tradicional que se ha transmitido inter generacionalmente es común que se practique en las zonas rurales (Menéndez, 2003; Menéndez, 2005; Acero et al., 2013; Balderas, 2020),

Esta atención a la salud desde una perspectiva de prevención se identifica como una actividad social y grupal donde la familia y la comunidad actúan de manera estratégica de acuerdo con las necesidades existentes, de tal forma que se convierten en profesionales de referencia y elemento nuclear de intervención en la APS, de tal forma que aportan a la salud colectiva de las comunidades (Álvarez-Manilla, 1988; Menéndez, 2003; Zurro y Jodar, 2011).

Por tanto, en este estudio se indagó la vulnerabilidad en salud que presentan los hogares rurales de Nuevo León, se identificaron las barreras en el acceso, la aceptabilidad y la disponibilidad, así como las estrategias desarrolladas por las mujeres, quienes fungen como principales cuidadoras de las personas con discapacidad, esto se convier-

te en un activo para mitigar la vulnerabilidad en salud no sólo del miembro con discapacidad sino de sus hogares y comunidades.

Metodología

Esta investigación se realizó mediante un enfoque etnográfico, Guber (2001) la define como el método que se centra en describir y comprender el qué, por qué y el cómo los agentes pueden dar cuenta de lo que creen, sienten y dicen, respecto a las situaciones en las que ellos se involucran. Este trabajo inició con la técnica de la observación en el verano del 2022, se recorrieron catorce localidades rurales distribuidas en cuatro municipios de Nuevo León de la periferia de Monterrey, inferiores a 1,000 habitantes, para identificar y explorar los contextos, conocer el escenario de estudio, ubicar los espacios y lugares, se implementó el mapeo en cada una de las localidades; una vez comprendido el escenario se ingresó a campo para realizar observación participante, se tuvo el apoyo de instituciones clave como la Secretaría de Salud, las Caravanas de la Salud-N.L. (unidades móviles), los médicos, las profesoras y las promotoras de salud de cada localidad.

Posterior a la inducción en campo, se aplicó la técnica del cuestionario como parte del proyecto de investigación *Determinantes sociales de la salud en los hogares rurales de Nuevo León* a 275 hogares (1,011 personas). Este cuestionario constó de nueve apartados distribuidos de la siguiente manera: I.- Identificación del(os) hogar(es), II.- Contexto social: datos sociodemográficos, III.- Determinantes intermedios: condiciones educativas, IV. Determinantes intermedios: acceso a servicios y atención de la salud, V. Determinantes intermedios: condiciones laborales, VI. Determinantes intermedios: situación de la vivienda y servicios públicos, VII. Determinantes estructurales:

programas sociales y políticas públicas, VIII. Determinación individual: alimentación y autopercepción de la salud, IX. Determinación colectiva de la salud: actividades, mutualidades y atención durante el inicio y durante la pandemia.

Como resultado de la aplicación se identificaron los datos generales de la población de las localidades que fueron relevantes para conocer la vulnerabilidad en salud a nivel de los hogares, dicha información se obtuvo en los apartados III, IV, V y VI relacionados a los determinantes intermedios. Posteriormente, se retomaron los datos obtenidos del apartado IV titulado “determinantes intermedios de la salud: acceso a servicios y atención de la salud”, en este apartado se retomó la pregunta que cuestionaba en cada hogar si alguno de sus integrantes presentaba dificultades para caminar o moverse, ver, escuchar, hablar, realizar actividades diarias por problemas mentales, realizar actividades diarias por problemas emocionales, aprender, recordar o concentrarse, esto con la finalidad de conocer si existía la presencia o no un miembro con discapacidad en el hogar.

Una vez detectados los hogares con algún miembro con discapacidad se identificó el origen o motivo de ésta, para de esta manera conocer cuántos hogares presentaban un miembro con discapacidad desde el nacimiento. Esto significó un punto importante para acceder a la población para realizar la etapa cualitativa de este estudio específico con personas con discapacidad durante el período agosto 2023 – mayo 2024, asimismo se fortaleció el rapport establecido desde la etapa de inducción para poder llevar a cabo la técnica de la entrevista a profundidad con las 12 mujeres seleccionadas encargadas del cuidado del miembro del hogar con discapacidad. El criterio de inclusión se centró en la discapacidad intelectual, donde el género y edad fue indistinto, una de las finalidades de las

entrevistas fue conocer el acceso, la disponibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud para las mujeres cuidadoras y la población con discapacidad intelectual de las zonas rurales de Nuevo León, así como el uso de estrategias en salud, específicamente la APS como activo para hacer frente a esta vulnerabilidad.

Las entrevistas realizadas, fueron transcritas en Word, y posteriormente codificadas y analizadas en dos etapas: primero en Excel, para evaluar la saturación teórica de los datos, una vez rectificado esto, se procedió a los análisis apoyados de una herramienta informática que comúnmente se utiliza en el análisis de los datos cualitativos y que nos garantiza fiabilidad y validez, el Atlas. Ti 24, por medio de este software se realizaron redes de análisis que se muestran en la sección de resultados.

Este estudio respetó los principios éticos de investigación en ciencias sociales, garantizando el consentimiento informado de todas las personas participantes. Se explicaron los objetivos de la investigación, el uso de la información recabada y el derecho a la confidencialidad y anonimato, así como en todo momento se le dio la libertad a las entrevistadas de tomar la decisión de abandonar el proyecto en caso de que se sintieran incomodadas. Además, se resguardó su nombre de pila, utilizando letras del alfabeto para identificar a cada una de las mujeres que accedieron a la entrevista a profundidad.

Contexto social de las localidades de estudio

Dentro de estas zonas rurales seleccionadas para la obtención de datos e identificación de personas participantes en la investigación *Determinantes sociales de la salud en los hogares rurales de Nuevo León*, se encuentran: Maravillas, Los Fie-

rros, Sabanillas, Cristalosa y Chupaderos del Indio, ubicados en el municipio de García N.L., así como Mirador de la Montaña y Dieciséis de septiembre en Juárez N.L., el Cerrito, Lazarillos de abajo, Lazarillos de arriba y el Sabino, en Allende N.L., y Gomas y Mendiola, y Los Villarreales y Los Morales en Salinas Victoria, N.L.

De las 1011 personas que se encuestaron, 520 son mujeres es decir un 51.4% y 491 hombres, equivalente al 48.6% de la población, la mayor concentración de la población de estas las localidades rurales de Nuevo León se encuentra por debajo de los 30 años de edad. Con base en el indicador de vulnerabilidad a nivel individual (Vértiz-Ramírez et al., 2024) el nivel de estudios es uno de los factores presente en la población de las localidades rurales: 37.7% estudió solamente hasta primaria, 34.9% estudiaron hasta secundaria, el 86.3% del total de la población adulta sabe leer. Estos son elementos importantes para considerar en la APS al momento de prestar los servicios de salud, ya que el personal debe afrontar y adaptarse a la situación del grado o nivel educativo presente en la población usuaria de los servicios.

Dentro de los indicadores de vulnerabilidad en salud a nivel familiar se encuentran los servicios de agua y saneamiento básicos como el sistema drenaje sanitario, el 54% de los hogares carece de éste o se encuentra en mal estado, para el caso del servicio de agua entubada en el interior de los hogares el 42% no cuenta con este servicio, la forma de abastecimiento del agua de estos hogares es en un 58.18% por medio de pozos o papalotes, mientras que la disponibilidad de personas que cuentan con agua diariamente es del 58.55%. Estos datos, no están en consonancia con la intersectorialidad mencionada dentro de la APS, ya que se requieren los servicios públicos mínimos básicos para aspi-

rar a condiciones de vida saludables, como lo es el agua potable y el drenaje.

Otro indicador es el acceso a los servicios médicos y atención de la salud, el 57.7%, es decir, más de la mitad de la población de las localidades rurales estudiadas no cuentan con afiliación a los servicios de salud, debido a que la afiliación a una institución de salud en México está relacionada con el empleo formal (asalariado), no obstante, la mayoría de la población realiza trabajos por su cuenta como el tallado de lechuguilla, albañilería, choferes de taxi, entre otras; del 42.3% que cuenta con afiliación a servicios de salud, 25.1% está afiliado en el IMSS. Esto también da cuenta del acceso a la seguridad social, en donde la integridad no logra consolidarse en la población rural de las localidades mencionadas.

Respecto a las barreras en el acceso a los servicios de salud, un elemento de vulnerabilidad es el acceso físico o geográfico, específicamente los tiempos de traslado a la institución de salud más cercana, esto es relevante ya que la distancia para llegar a un centro de salud es causa de muerte para los niños de las zonas rurales de México (Duarte-Gómez et al., 2015), en este sentido se detectó que, para 534 personas, es decir, el 53.9% de la población, el tiempo de traslado es de 30 minutos, mientras que para el 5.8% de la población el tiempo de traslado es mayor a dos horas, en la tabla 1 se encuentra la distribución de tiempo de traslado de acuerdo con la localidad en la que las personas habitan.

A partir de la información general de las localidades, el siguiente apartado se centra en el análisis de la información detectada de las personas con discapacidad.

Tabla 1. Tiempo de traslado por localidad a los servicios de salud

Localidad	Menos de 30 min	31 min - 1 h	1 - 2 h	Más de 2 h	No aplica	Total
El Cerrito	38	3	0	0	5	46
Lazarillos de abajo	24	2	0	0	0	26
Lazarillos de arriba	46	21	1	0	1	69
Chupaderos el indio	12	18	16	7	0	53
Cristalosa	2	14	5	4	0	25
Los Fierros	18	57	41	8	5	129
Maravillas	72	35	17	10	1	135
Sabanillas	27	49	20	20	0	116
Dieciséis de septiembre	62	15	11	1	0	89
Mirador de la montaña	143	40	8	6	1	198
Gomas y Mendiola	7	5	6	0	8	26
Los Morales	69	13	0	1	0	8
Los Sabinos	14	0	2	0	0	16
Total	534	272	127	57	21	1011

Fuente: elaboración propia, 2022.

Nota. La tabla muestra el tiempo de traslado desde cada localidad hasta los servicios de salud más cercanos. “No aplica” corresponde a las personas que no requieren desplazamiento.

Vulnerabilidad y discapacidad: la necesaria intervención desde la APS como activo social en salud

Con relación a la vulnerabilidad en salud, a nivel individual, Vértiz-Ramírez et al. (2024) considera a la discapacidad como un indicador, en este estudio, no se considera como un indicador de vulnerabilidad en salud, sino como un grupo prioritario¹ de la población con requerimientos específicos relacionados con el acceso, disponibilidad y aceptabilidad por parte de los servicios y personal de salud. En este sentido se identificaron 88

hogares con algún integrante con discapacidad, es decir, un total de 113 personas. Respecto al origen de la discapacidad, 28.3% de las personas presenta discapacidad como consecuencia de una enfermedad, 25.7% la presenta desde el nacimiento, 23% por edad avanzada, 15.9% debido a un accidente, 7.1% por otro motivo (cirugías, adicciones, embarazo) y el 1% por una combinación de enfermedad y edad avanzada. Esto, abrió el panorama ante escenarios cada vez más diversos de la discapacidad, por lo que se consideró necesario un abordaje cualitativo a través de la entrevista a profundidad para aproximarse más al fenómeno de estudio, el cual se presenta más adelante.

¹ Para la constitución política de la ciudad de México (vigente desde septiembre del 2018) se consideran grupos prioritarios aquellos que se encuentran en alguna situación de desigualdad estructural o se les ha discriminado, excluidos o violentados por años.

En cuanto a la afiliación a los servicios de salud, 42% de la población con discapacidad no dispone de afiliación a ningún servicio de salud, mientras que 58% de la población con discapacidad de las zonas rurales analizadas sí cuenta con afiliación a servicios de salud públicos, de esta población, 38.1% se encuentran afiliados al IMSS, 12.4% acude a un centro de salud de la SSNL y 2.7% hacía uso del anterior Seguro Popular. En la Tabla 2 se muestra la discapacidad según su origen, si cuentan o no con afiliación y si ésta es a los servicios de salud es pública o privada.

Asimismo, otra información relevante con relación a la vulnerabilidad en salud considerado por Ramasco-Gutiérrez y cols. (2011) es el estadio de salud, un hallazgo importante a destacar del presente estudio es la evidencia de que 62% de las personas con discapacidad desde su nacimiento no presentan ninguna enfermedad crónico-degenerativa, con esto, se evidencia que las personas con discapacidad pueden considerarse saludables (Tabla 3). Esto, sin duda aporta a la relevancia

que adquiere la APS como activo, en el caso de las personas con discapacidad, desde una dimensión de integralidad y de continuidad centrada en la familia, permite visibilizar a estas personas como sujetos de derechos y no de beneficios o de apoyos.

Para dar continuidad al análisis cualitativo con la información de las 12 mujeres que fungen como cuidadoras de las personas con discapacidad, diez de ellas son madres de familia y sólo en dos casos son las abuelas, esto nos permite reafirmar que el cuidado continúa como responsabilidad de las mujeres. Del análisis de estas entrevistas se originaron modelos cualitativos, el primero de ellos con los elementos de la vulnerabilidad en salud y los códigos relacionados con el acceso, la aceptabilidad y la disponibilidad de los servicios de salud para esta población (Figura 3).

Dentro del modelo cualitativo de la vulnerabilidad, con relación al acceso se destaca la importancia de los diagnósticos en la discapacidad, en

Tabla 2. Tipo de discapacidad y acceso a servicios de salud.

Origen de la discapacidad	Público	Privado	No tiene	Total, general
Nacimiento	56.8%	-	43.2%	100.0%
Enfermedad	50.0%	-	50.0%	100.0%
Enfermedad y Edad avanzada ¹	100.0%	-	-	100.0%
Accidente	52.2%	4.3%	43.5%	100.0%
Edad avanzada	71.0%	-	29.0%	100.0%
Otras	50.0%	-	50.0%	100.0%
Total, general	57.6%	0.7%	41.7%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Nota. La tabla muestra el acceso a servicios de salud según el origen de la discapacidad. El guion (“-”) indica la ausencia de casos registrados en esa categoría.

¹ En esta casilla se incluye la población con discapacidad cuyo origen es por más de un motivo, ya que en el cuestionario se permitía elegir más de una opción, en este caso en específico la discapacidad es atribuida a consecuencia de la edad avanzada y la presencia de enfermedades.

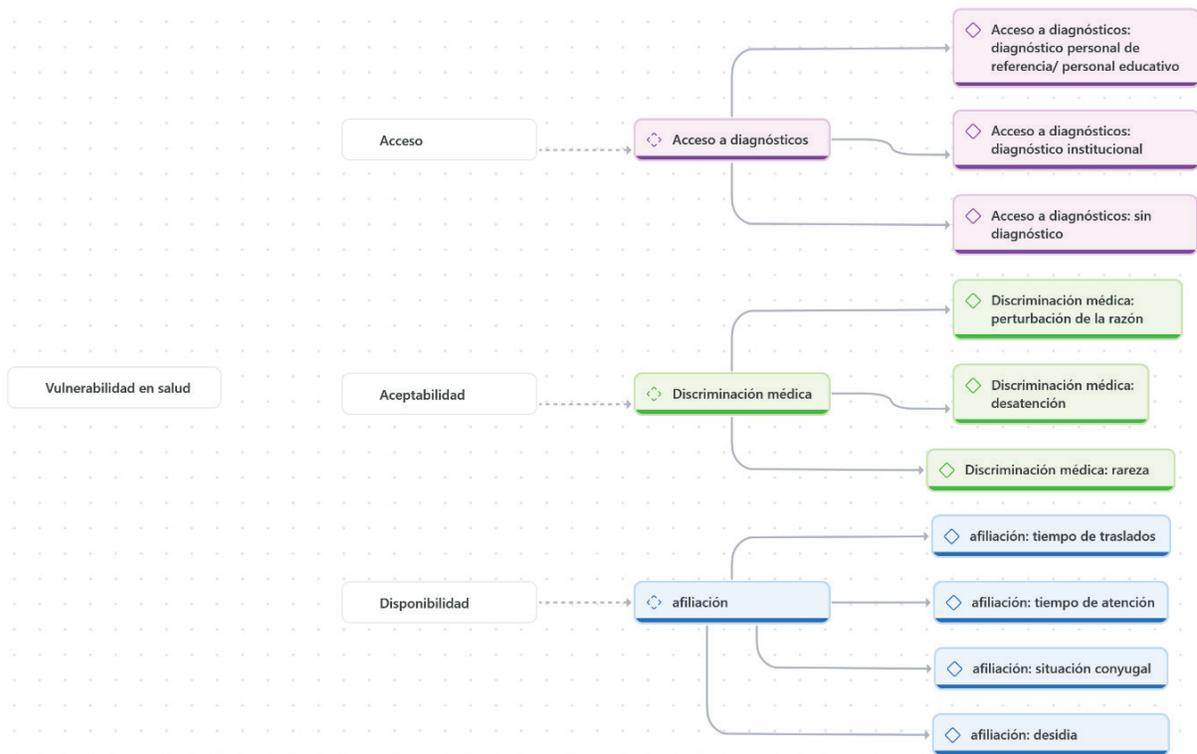
Tabla 3. Prevalencia de condiciones de salud según tipo de discapacidad.

Origen de la discapacidad	Enfermedades Respiratorias	Epilepsia	Hipertensión/Diabetes	Ninguna	Otros	Total
Nacimiento	15%	15%	9%	62%	-	100%
Accidente	-	4%	44%	48%	4%	100%
Edad avanzada	5%	-	35%	45%	15%	100%
Otras	-	-	35%	50%	17%	100%
Total	6%	5%	29%	51%	8%	100%

Fuente: elaboración propia, 2022.

Nota. La tabla muestra la distribución de condiciones de salud dentro de cada grupo de acuerdo con el origen de la discapacidad. El guion (“-”) indica ausencia de casos en la categoría correspondiente.

Figura 3. Modelo cualitativo de vulnerabilidad en salud de la población con discapacidad de las zonas rurales de Nuevo León.



Fuente: elaboración propia, 2024.

este sentido una expresión común es mencionarles a las mujeres: *su hijo tendrá algo que lo hará ir más lento que los demás* (L, los Fierros, septiembre 2023), pero en algunos de los casos no se tiene un diagnóstico certero, por ejemplo, en un caso en particular donde el tío y el sobrino presentan discapacidad el documento que les otorgaron como diagnóstico dice exactamente lo mismo y es la misma institución quien lo proporcionó (diario de campo, Los Fierros, noviembre 2023). Al cuestionar cómo es que llegaron a este diagnóstico, una de las mujeres menciona que *les dieron sólo el papel* y otra de las personas relata que *una maestra que trabajaba con su esposo fue quien se dio cuenta de la discapacidad*.

(...) no le hicieron estudios así es que la estaba llevando ahí él, al, aquí al Centro Estatal de rehabilitación y educación especial (CREE) de García... (L, los Fierros, septiembre 2023).

(...) no le han hecho ni un diagnóstico a él (refiriéndose a su hijo) ...no de hora no, pero sí hasta hace poco que sí le hicimos...pero es como retraso mental o algo así ... nooo es que así se la ponen, porque decimos que él no sabe y así le ponen que es discapacidad (ML, los Fierros, octubre 2023).

(...) es que había una maestra especial en niños así que tenían algo, alguna discapacidad, ella trabajaba con mi esposo ... y ella fue la que como a veces iban con él (refiriéndose que el hijo iba al trabajo), noto que él (el hijo) no se desarrollaba igual que los demás... y lo checaron y nomas él salió y lo checaron y nomas él salió (I los Fierros, noviembre 2023).

Analizando esta información se destaca que uno de los problemas principales es la falta de diag-

nósticos certeros, imprecisión en los mismos o incluso diagnósticos genéricos cuando estos deberían brindarse de manera individualizada, esto evidencia que no se lleva a cabo una evaluación detallada, por tanto, la consecuencia de ello es que las mujeres cuidadoras no comprendan las características particulares de los miembros con discapacidad por lo que los cuidados no pueden otorgarse en función de las necesidades específicas. Esto, sin duda incide en ese proceso de atención a la discapacidad relacionado directamente con el acceso y la disponibilidad.

Otro elemento para destacar en este análisis es la importancia de los profesionales de referencia, en el caso específico de la localidad de Los Fierros, una maestra de educación especial que se convierte en pilar fundamental en la atención primaria de la salud, “debido a que ayudó a mitigar la falta de acceso a los diagnósticos por parte del personal de salud, orientando y apoyando a los padres de familia desde su área para brindar la información pertinente” (I los Fierros, noviembre 2023).

En el análisis de la (in)aceptabilidad destaca el código de discriminación médica, desde la perspectiva de la OMS (WHO, 2020) evidencia que las personas con discapacidad intelectual presentan más necesidades de atención en salud que han sido desatendidas a lo largo de su proceso de salud/discapacidad/atención. Uno de los principales obstáculos han sido las ideas erróneas del personal de salud, además de los conocimientos acorde a la situación de discapacidad, dentro de estas ideas erróneas se identifica el uso del término de discapacidad como sinónimo de enfermedad o incluso de *rareza o chiflazón*.

“unos sí han sido buenos (refiriéndose al personal de salud) y otros sí la mera verdad para que

voy a decir que no, son canijillos (se ríe) ... ella (la médica) se refirió a la niña con una palabra muy cómo, que muy cómo te diré es que es que me le dijo que era una niña, un niño raro ...ella se cataloga como un niño raro me dijo” (L, los Fierros, septiembre 2023).

“sí ella la checó, lo revisó y sí me dijo que lo mejor lo dejara morir (refiriéndose a la médico de urgencias), porque él no se iba a componer... no, no fue la única en todo todo el tiempo que lo traje, este, consultando y todavía ella fue la única, esa doctora, por eso nunca se me olvidó” (A, los Fierros, noviembre 2023).

“me pasaron con otro doctor que ni al caso, lo que más me enojó de él fue porque notó mi niño y dijo: ‘está chiflado’ de jugando así, y yo dije me... le dije, este este, no está chiflado mi niño, esto tiene el niño, que tiene déficit de atención, hiperactividad, retraso del desarrollo global y espectro autista, ‘¡ah no, pues discúlpeme!’ ” (LJ, el Cerrito, marzo 2024).

Desde la dimensión de la aceptabilidad, la discriminación médica ha sido invisibilizada, ante ideas erróneas del personal de salud respecto a la discapacidad, basada en estereotipos y prejuicios sociales, se traduce en una atención deshumanizada y negligente. La aceptabilidad también implica en reconocer a la discapacidad como una condición que no está directamente relacionada con el deterioro de la salud o déficits, ya que esto genera estigmatización y desfavorece sus capacidades. Esto se fundamentaría a partir de la ética de los cuidados cuyo eje central del personal de enfermería es el proteger y promover la vida de manera digna, cuando se promueve el bienestar de la persona que cuida, con responsabilidad social en busca de la sostenibilidad (Gilligan, 1994; Alvarado, 2004).

Respecto a la disponibilidad, en el análisis del código de los servicios de salud se identifica que la población de las localidades rurales en su gran mayoría no cuenta con afiliación a los servicios de salud, como anteriormente se había mencionado en los datos descriptivos. En las entrevistas, en tres de éstas, se menciona, aunque podían estar afiliadas a los servicios de salud por parte de sus esposos o de sus hijas, aún no acuden a afiliarse; no obstante, es importante destacar que cada vez son más las familias de las zonas rurales que se han unido al programa estatal “cuida tu salud” (diario de campo, Los Fierros, 2023), permitiéndoles hacer uso de hospitales como el Metropolitano de la Secretaría de Salud de Nuevo León y el Universitario de la UANL.

(...) sí bueno y como le digo nosotros hacemos desidia que no nos hemos dado de alta yo no me he dado de alta y por eso...hacemos desidia (MG, los Fierros, septiembre 2023).

(...) tiene ahorita donde trabaja (refiriéndose al servicio de salud público), *nomás que pues yo soy la que no he ido a darme de alta también* (I, los Fierros, noviembre 2023).

(...) sí sí tiene (refiriéndose al servicio de salud público)... *eee lo tiene nada más él* (refiriéndose a su pareja), *no nos ha ido a dar de alta...bueno creo que la que puede dar de alta es la niña, creo que yo todavía no porque pues no estamos casados tengo entendido no sé* (C, los Fierros, enero 2024).

Asimismo, cabe mencionar algunos motivos por los que no logran afiliarse a los servicios de salud pública: a) el tiempo de espera es mayor en comparación a los servicios privados; b) los tiempos

de traslados son menores cuando acuden al sector privado (esto cuando se ubica un consultorio particular cercano); c) la calidad de la atención brindada en los servicios de salud públicos les hace recurrir al sector privado. Esto, coincide con lo expuesto por Valenzuela-Fuenagan y Mejía-Ortega (2021) respecto a que la calidad en los servicios de salud públicos no es buena, los hacen esperar por mucho tiempo e incluso los trámites son tediosos.

Otras barreras de acceso a los servicios de salud, se identifican con la falta de información o el desconocimiento del trámite para realizar su afiliación, aunque el gobierno estatal ha implementado estrategias como el programa “Cuida tu salud” al ampliar la cobertura hacia las localidades rurales, es de suma importancia promover el fortalecimiento de campañas que brinden información y asesoramiento para que las familias/hogares de las personas con un integrante con discapacidad, se afilien y tengan acceso oportuno a los servicios de salud públicos.

Una parte importante de los sistemas de salud basados en la APS es la colaboración en conjunto del personal de salud, la comunidad y las familias/hogares. En este sentido, cuando una persona con discapacidad está presente en el hogar, para el caso de las localidades rurales se requiere organización social del cuidado. Al respecto Raza-vi (2007) y De Oca-Zavala y col. (2023) hacen mención del diamante del cuidado, que permite reflexionar acerca de liberar la carga del cuidado en los hogares, específicamente a las mujeres al considerar la inclusión de las comunidades para se incorpora la perspectiva colaborativa desde las redes de apoyo comunitario (Robles-Silva, 2023). Es imperativo destacar que las mujeres (en quienes recae el cuidado) aprenden a cuidar

mientras cuidan, es decir, desarrollan habilidades de acuerdo con sus experiencias, al adoptar estrategias creativas no sólo para el cuidado sino para visibilizar a las personas con discapacidad para promover su participación social y fomentar su reconocimiento en la sociedad (Albornoz y Nieto-Murillo, 2022).

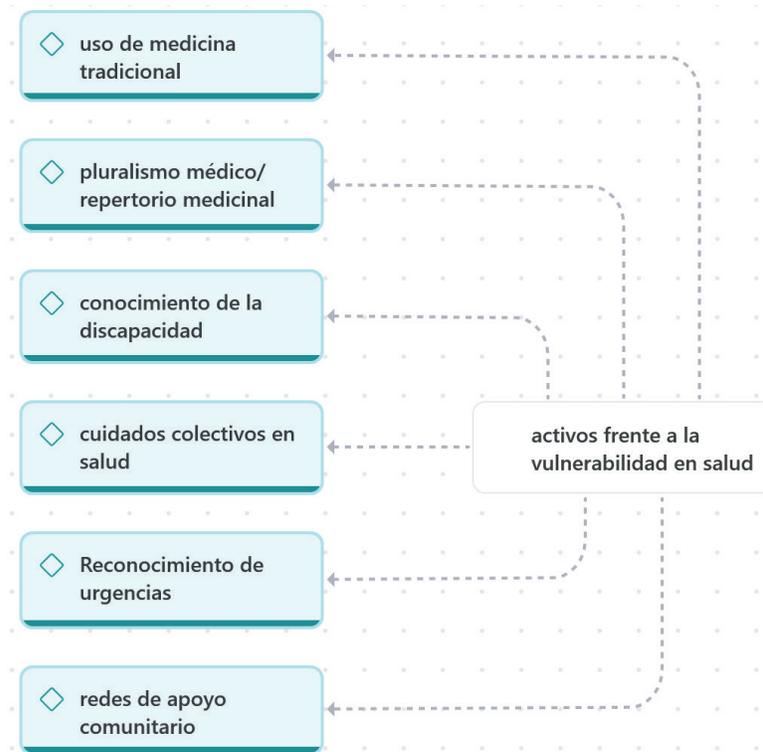
Por consiguiente, se propone el segundo modelo cualitativo con base en los activos que utilizan los hogares para hacer frente a la vulnerabilidad social en salud, con una perspectiva desde la APS (Figura 4).

De este modelo, lo primero a destacar es el código acerca del uso de medicina tradicional, es importante destacar que la población de las localidades rurales de Nuevo León hace uso de este tipo de medicina específicamente de la herbolaria, que en un caso en particular este tratamiento fue lo que propició en el niño con discapacidad la recuperación de la leucemia; en algunos casos mencionan acudir con curanderas para diagnósticos, así como con señoras que soban para aliviar los problemas gástricos, para estos hogares el utilizar este tipo de medicina significa no dejar aquellas tradiciones que se han utilizado por generaciones en sus familias.

(...) y le daba salvia con leche, le llenaba sus biberones con salvia con leche y le daba y luego el...para engruesar la sangre...con té de salvia y yo con eso lo levanté (MG, los Fierros, septiembre 2023).

(...) y ya después este, el doctor ese, dijo: te vas a rellenar con miel de colmena... le iba a reconstruir la piel (A, los Fierros, noviembre 2023).

Figura 4. Modelo cualitativo de los activos de los hogares relacionados con la APS de la población con discapacidad de las zonas rurales de N.L



Fuente: elaboración propia, 2024.

(...) hay una señora de por aquí, que ella es así que da remedios y este, y la vez pasada también le... si es que no hace del baño, me decía, súbale la pancita y dale una cucharadita de de, aceite con sal, pues luché con ella (refiriéndose a su hija), pero sí se lo di y si hizo del baño (CZ, Mirador de la Montaña, marzo 2024).

El uso de la medicina tradicional sigue presente y es significativa en las localidades rurales de Nuevo León, pero también destaca en dos de los casos entrevistados la recomendación de los médicos para el uso de estos remedios, estos casos muestran lo contrario a lo mencionado por Balderas (2020), respecto a la postura médica de no

aceptación y comprensión acerca del uso de la medicina tradicional.

El código con mayor enraizamiento en estos activos fue el de pluralismo médico/ repertorio medicinal, éste se definió con base en lo mencionado por Menéndez (2003), cómo para un mismo padecimiento las mujeres aplican los conocimientos obtenidos de sus experiencias con el personal médico, pero también hacen uso de la medicina tradicional, esta categoría en específico nos permite visualizar en una escala macro social la posibilidad de articulación de estrategias de atención a la salud, desde la salud pública y la salud colectiva, esto repercute de manera positiva no sólo en la

salud de la población con discapacidad sino de los habitantes en general de las localidades rurales de Nuevo León.

Es importante destacar que estas experiencias de las mujeres adquieren un significado importante, ya que no sólo incide en la salud de sus hijos(as), sino que también aportan a la economía de sus hogares ya que se reduce el gasto generado por las consultas. Además, es significativo porque aplican los conocimientos adquiridos, brindan atención en salud a sus hijos(as), y a la vez coadyuva también a la conjunción de la salud pública y la salud colectiva, por tanto, complementa o sustituye el acceso a los servicios de salud, descrito en el primer modelo, como se comentó es difícil cuando por su localización geográfica no se garantiza el primer nivel de atención médica.

(...) es que a veces bueno a veces siempre como tengo, yo cuando se me enferman compro medi.. les compro medicamentos de más ... y cuando a veces de repente digo a veces no tenemos dinero llega a tocar que no tenemos dinero o que se me enferman en la noche le digo, para ir, para ir ahorita está bien feo el camino y mejor le doy aquí de los que tengo a veces (L, Los Fierros, septiembre 2023).

(...) ya sí no me mejoran ya mejor lo llevo...a veces sólo que sea paracetamol...si es lo único...no, cuando les duele el estómago, pues sí les doy una treda o un, o el ese, o el pepto bismol...eso si se los trato de curar (MG, Los Fierros, septiembre 2023).

(...) depende de cómo los mire yo la enfermedad, porque hay unas cosas que pues con cualquier cosita ya se ataja la enfermedad...cuando miro una cosa por decir la gripa, la gripa yo

sé que a mamá este pues yo nomás le trato de echarle su vicks, este, echarle en su pecho en los pies y en la espalda y ya, y la gripa ya...ya al menos que le este, si la traiga muy fuerte entonces le compro una, hay pastillas para la gripa (AT, Mirador de la Montaña, marzo 2024).

Lo anterior conduce a destacar la importancia de los cuidados en salud en el hogar como una estrategia para dar prioridad a la atención de algunos padecimientos desde la familia basada en medicamentos básicos, remedios caseros y la autoevaluación intuitiva que les permite determinar si es necesario acudir al médico, permite compensar la falta de servicios médicos en las localidades rurales, incrementa la participación de las redes de apoyo, aunque también implica un riesgo, debido a las limitaciones o falta de experiencia para tratar algunas enfermedades, por lo que es importante trabajar en fortalecer la educación, promoción y prevención en salud con los distintos actores sociales que están presentes en lo rural.

Conclusiones

La aproximación etnográfica permitió un acercamiento a la comprensión de los escenarios rurales en que vive la población con discapacidad, para destacar a partir de dos modelos los elementos que acrecientan la vulnerabilidad social, y, por otro lado, en un segundo modelo los activos de los hogares relacionados con la atención primaria de salud desde un enfoque micro social.

Uno de los elementos que más vulneran la salud de las personas con discapacidad de las localidades rurales de Nuevo León, son la falta acceso a diagnósticos, donde se da cuenta de la imprecisión, sin una evaluación individualizada o inexistentes en algunos casos, lo que impide la com-

preensión de la discapacidad de sus familiares y limita al cuidado al desconocer las necesidades específicas.

Una de las principales barreras de esta población rural respecto a los servicios de salud pública, es la falta de afiliación, debido a varios factores como es el empleo informal, es decir, la falta de un empleo asalariado, la desinformación en salud, en algunos casos la desidia o por malas experiencias, como largos tiempos de espera o menor eficacia en comparación con los servicios de salud privada. Aunado a lo anterior, el acceso geográfico, lo que impide el acceso efectivo, es decir los largos tiempos de traslado, que, junto con la discriminación médica y la falta de sensibilización por parte del personal de salud, al basar sus prescripciones de atención en prejuicios y estereotipos se refieren a este grupo poblacional con términos ofensivos, lo que evidencia la falta de capacitación desde un sentido humano y social de la salud y de estrategias de inclusión social en los servicios de salud.

Como activos frente a esta vulnerabilidad en salud en consonancia con la atención primaria en salud respecto a la integralidad y la participación colectiva, destaca la importancia del conocimiento de los contextos sociales y familiares, así como el uso de la medicina tradicional, la cual es una alternativa importante que no solamente es de uso intergeneracional, sino que algunos médicos también hacen uso y recomiendan su aplicación; otra estrategia que hace frente a la falta de acceso a servicios médicos son las estrategias de autocuidado, implementadas en los hogares basados en sus experiencias previas y haciendo uso de medicamentos básicos y remedios caseros para la atención de enfermedades frecuentes. Asimismo, las redes de apoyo comunitario donde algunos profe-

sionistas como las profesoras de educación especial apoyan con sus experiencias a minimizar la falta de acceso a diagnósticos para esta población.

Lo anterior, conduce a plantear propuestas frente a la vulnerabilidad en salud para trabajar desde lo social en la APS en las localidades rurales de Nuevo León estudiadas: estrategias en cuestiones de salud, con la participación social en salud desde enfoques transdisciplinarios entre la comunidad, las asociaciones civiles, la academia y el estado, con la finalidad de promover e impulsar políticas sociales en salud para el caso de las ruralidades de Nuevo León, repensándose en términos de salud colectiva: prácticas y saberes colectivos.

Por otra parte, es de suma importancia que se conjunten los conocimientos de la salud pública y la salud colectiva, no solamente en los saberes de las comunidades sino también que el personal de salud reconozca que no solamente lo biomédico es lo que funciona, que se acepten y respeten las costumbres y creencias de la población de las localidades rurales, pero sobre todo incluir dentro de su formación la medicina antropológica.

Para poder gozar plenamente del derecho a la salud tanto en general como para las personas con discapacidad es necesario garantizar el acceso efectivo de servicios médicos que incluyan servicios de prevención, curación y rehabilitación, promoción y educación para la salud, tratamiento adecuado para lesiones, afecciones y discapacidades, tratamiento para la salud mental, suministro de medicamentos y participación de la comunidad y población general en la prestación de servicios de salud, esto fortalecería la atención primaria de salud a través de la participación comunitaria e incorporando los saberes, conocimientos, prácticas en salud de las personas de las localidades.

Por último, disminuir la vulnerabilidad que se presenta desde las instituciones, relacionado con el trato hacia las personas con discapacidad, en materia de APS se requiere trabajar con personal de salud para desmitificar la discapacidad como una condición que implica un deterioro de la salud o déficits, ya que esto ha generado estigmatización al desfavorecer sus capacidades en los

entornos sociales y colocándolos en una posición aún más vulnerable, por lo que es importante visualizarlos como personas saludables y un grupo prioritario en lo que se refiere a derechos como la salud y la educación, de tal manera que se respeten sus derechos, logren independencia y esto se vea reflejado en calidad de vida y bienestar para esta población.

Referencias bibliográficas

- ACERO, M., CARO, I. M., HENAO, L., RUIZ, L. F., & SÁNCHEZ, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 103-110.
- ALBORNOZ, R. E. G., & NIETO-MURILLO, E. (2022). Experiencias de cuidadores no familiares frente al cuidado de personas con discapacidad, en apartadó y carepa en el 2017. *Inclusión y Desarrollo*, 9(1), 63-73.
- ALVARADO GARCÍA, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichan*, 4(1), 30-39.
- ÁLVAREZ-MANILLA, J. M. (1988). Atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*, 30(5), 676-682.
- ARZATE SALGADO, J., & RANGEL ESQUIVEL, J. M. (2021). *Vulnerabilidad, salud y políticas alimentarias*. México: Puertabierta Editores, S. A. de C. V.
- BALDERAS, A. C. M. (2020). Cuerpo y discapacidad en la sociedad Nahua de la Huasteca Potosina, México.
- BRAVEMAN, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 5-8.
- BREILH, J. (1979). Epidemiología: Economía, Medicina y Política [Epidemiology: Economy, Medicine, Politics]. *Quito, Ecuador: Ediciones de la Universidad Central de Ecuador*.
- CALA, M. L. P. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(1), 203-216.
- DE OCA ZAVALA, V. M., RUEDA, M. C. A., & CORDERO, F. J. G. (2023). El cuidado. La evolución de un concepto teórico que transita a lo empírico, la producción de evidencia y la aplicación de las políticas. *Ciudadánías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (13).
- DUARTE-GÓMEZ, M. B., NÚÑEZ-URQUIZA, R. M., RESTREPO-RESTREPO, J. A., & LÓPEZ-COLLADA, V. L. R. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(3), 181-189.
- FINEMAN, M. A. (2012). Elderly as vulnerable: rethinking the societal responsibility. *Elder LJ*, 20, 71.
- GIL-GIRBAU, M., PONS-VIGUÉS, M., RUBIO-VALERA, M., MURRUGARRA, G., MASLUK, B., RODRÍGUEZ-MARTÍN, B. & BERENGUERA, A. (2021). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta sanitaria*, 35(1), 48-59.

- GOBIERNO DE MÉXICO. (2023). *Guía de estudio: Introducción a la atención primaria de salud (APS)*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf
- GILLIGAN, C. A. (1994). La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino.
- GUBER, R. (2001). La etnografía. *Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo editorial Norma.
- JUÁREZ-RAMÍREZ, C., MÁRQUEZ-SERRANO, M., SALGADO DE SNYDER, N., PELCASTRE-VILLAFUERTE, B. E., RUELAS-GONZÁLEZ, M. G., & REYES-MORALES, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 284-290.
- LAURELL, A. C. (1997). La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa. In *La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa* (pp. 122-122).
- MARCH, S., JORDÁN MARTÍN, M., MONTANER GOMIS, I., BENEDÉ AZAGRA, C. B., ELIZALDE SOTO, L., & RAMOS, M. (2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gaceta Sanitaria*, 28, 267-273.
- MENDOZA LONGORIA, L. M. (2018). *Salud y desarrollo humano sustentable: hacia la construcción de un índice de equidad en salud* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- MENÉNDEZ, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
- MENÉNDEZ, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.
- MENÉNDEZ, E. (2005). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Editorial Alteridades*, Buenos Aires, Argentina. -Merklen, D, 1983-2003.
- MOSER, C. O. (1996). *Situaciones críticas: reacción de los hogares de cuatro comunidades urbanas pobres ante la vulnerabilidad y la pobreza*. Banco Mundial.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (1978). *La salud y la familia: Estudio sobre demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud* (Serie de informes técnicos Núm. 62).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]. (2013). *Redes integradas de servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>
- ORTIZ GÓMEZ, M. T. (1999). La salud familiar. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(4), 439-445.
- RAMASCO-GUTIÉRREZ, M., HERAS-MOSTEIRO, J., GARABATO-GONZÁLEZ, S., ARÁNGUEZ-RUIZ, E., & MARTÍN-GIL, R. A. (2017). Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 31, 432-435.
- RANGEL, J.M. (2009). *Trayectorias y representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de mujeres participantes en programas sociales*. TESIS. Tlaquepaque, Jal. México.
- RAZAVI, S. (2007). The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options. *Trabajo y empleo*.
- ROBLES-SILVA, L. (2023). Repensando el cuidado y la comunidad. Reflexiones para ampliar el conocimiento. *Género, violencia, tareas de cuidado y respuestas sociales a la crisis*, 151.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, J. (2000). *Vulnerabilidad*

- demográfica: una faceta de las desventajas sociales*. CELADE.
- SEERY, M. D., HOLMAN, E. A., & SILVER, R. C. (2010). Lo que sea que no nos mate: la adversidad acumulada a lo largo de la vida, la vulnerabilidad y la resiliencia. *Revista de personalidad y psicología social*, 99
- SUÁREZ, R. (2001). Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. *Suárez R, compilador. Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes, 11-21.
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND [UNICEF] (1990). Una propuesta de clasificación de las comunas del país: según criterios de riesgo biomédico y socio-económico para medir la vulnerabilidad infantil. In *Una propuesta de clasificación de las comunas del país: según criterios de riesgo biomédico y socio-económico para medir la vulnerabilidad infantil* (pp. 223-223).
- VALENZUELA-FUENAGAN, P. A., & MEJÍA-ORTEGA, L. M. (2021). Acceso a servicios de salud para personas con discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño-Colombia-2017. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1).
- VÉRTIZ-RAMÍREZ, J., RAMÍREZ-PALACIOS, P., RÍOS-CÁZARES, G., SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M. S., DEL PILAR OCHOA-TORRES, M., DE NEGRI-FILHO, A. A., & SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *salud pública de méxico*, 66(4, jul-ago), 556-570.
- VILLA, M. (2001). Vulnerabilidad social: notas preliminares. *Trabajo presentado al Seminario Internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. CEPAL/CELADE. Santiago de Chile.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (1978). *Declaration of alma-ata* (No. WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2020). *Disability and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>
- ZURRO, A. M., & JODAR S.G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. *SL España: Elsevier*.

Refundación de la Atención Primaria de Salud: hacia un nuevo modelo para México

Luis Enrique Pérez Silva*

RESUMEN

El artículo analiza críticamente la Atención Primaria de Salud (APS) en México, destacando la necesidad de una transformación estructural y conceptual que supere las influencias coloniales y hegemónicas de los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe. Se examinan las limitaciones del modelo biomédico tradicional, orientado hacia la fragmentación y la mercantilización, y se propone una APS integral e intercultural que responda a las realidades territoriales, sociales y culturales de las comunidades. Desde la perspectiva de la política sanitaria de la Cuarta Transformación (4T), se abordan estrategias clave para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), y el fortalecimiento de la participación comunitaria.

PALABRAS CLAVE: Refundación de los Sistemas de Salud, Atención Primaria de Salud, Redes Integradas de Servicios de Salud, Participación Comunitaria.

Refounding Primary Health Care: Towards a new model for Mexico

ABSTRACT

This article critically analyzes Primary Health Care (PHC) in Mexico, highlighting the need for a structural and conceptual transformation that overcomes the colonial and hegemonic influences of health systems in Latin America and the Caribbean. The limitations of the traditional biomedical model, oriented towards fragmentation and commodification, are examined, and a comprehensive and intercultural PHC that responds to the territorial, social and cultural realities of communities is proposed. From the perspective of the health policy of the Fourth Transformation (4T), key strategies for the implementation of Integrated Health Service Networks and the strengthening of community participation are addressed.

KEYWORDS: Refoundation of Health Systems, Primary Health Care, Integrated Health Services Networks, Community Participation.

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Correo electrónico de contacto: enriquep.silva@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de enero de 2025.
Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2025.

Introducción:

La Atención Primaria de Salud (APS), desde su conceptualización en Alma-Ata (1978), ha sido promovida como una estrategia esencial para garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, su implementación en América Latina y el Caribe ha enfrentado importantes limitaciones debido a la influencia de modelos hegemónicos del Norte Global que priorizan enfoques curativos, fragmentados y mercantilizados (Basile, 2018). En México, este panorama se agrava por la persistencia de desigualdades estructurales y el predominio de un modelo biomédico que desatiende las complejidades territoriales, culturales y sociales de las comunidades. En este contexto, resulta imperativo replantear la APS desde una perspectiva crítica que, además de recuperar su esencia transformadora, la sitúe verdaderamente como un eje articulador de un sistema de salud integral, intercultural y universal.

Este artículo propone una reflexión crítica sobre la necesidad de descolonizar los sistemas de salud en México y avanzar hacia un modelo que integre la territorialidad, la participación social auténtica y la construcción de soberanía sanitaria. Asimismo, explora cómo las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), el rescate de saberes ancestrales, la cooperación Sur-Sur en ciencia y tecnología, y la regulación del complejo médico-industrial pueden contribuir a garantizar el derecho universal a la salud. Partiendo del enfoque del pensamiento crítico latinoamericano y la medicina social, este análisis se enmarca en el contexto de la Cuarta Transformación (4T) y su intento por construir un sistema de salud pública, equitativo y sostenible, basado en los principios de justicia social y respeto.

Bases para repensar y transformar la Atención Primaria de Salud

Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe han heredado una estructura profundamente influenciada por modelos importados del Norte Global, lo que ha contribuido a consolidar aparatos sanitarios burocráticos, biomedicalizados, curativos-asistenciales y mercantilizados. Estas configuraciones, además de ser percibidas como externas a las sociedades que pretenden atender, reproducen dinámicas de deshumanización, inequidad y exclusión, centradas en la atención de la enfermedad más que en el bienestar integral. En este marco, la Atención Primaria de Salud (APS) se encuentra desarticulada, y las intervenciones se limitan a enfoques individualistas que ignoran los determinantes estructurales y las complejidades territoriales, y culturales de la región (Basile; 2018, 2020).

Desde sus inicios, los sistemas de salud del Sur Global han sido construidos bajo el influjo de modelos eurocéntricos, como los sistemas Bismarckiano y Beveridge, los cuales, aunque inspiradores en ciertos aspectos, fueron diseñados para contextos políticos, económicos y sociales radicalmente distintos. Este marco homogeneizador ha promovido el desarrollo de bienes de mercado por encima de la equidad en salud, profundizando las desigualdades preexistentes y dificultando la producción de cuidados integrales adaptados a las realidades locales (Basile, 2023).

Las dinámicas de pobreza, desigualdad y diversidad cultural en América Latina exigen un replanteamiento de estos paradigmas. La transformación de los sistemas de salud debe pasar por desmantelar la hegemonía occidental en la teoría y la práctica sanitaria, abriendo paso a la

construcción de modelos propios que respondan a las particularidades de la región. Esto implica no solo una reingeniería institucional, sino también un cambio de paradigma que reconozca las territorialidades, las identidades culturales y las necesidades de las comunidades como ejes centrales de un sistema de salud inclusivo, equitativo y emancipador. Solo así será posible superar las limitaciones actuales y construir un modelo que priorice el bienestar colectivo por encima de las lógicas de mercado (Basile, 2024).

El actual gobierno de México intenta cambiar esta reproducción colonial de las bases de salud global y la actualización de las reformas neoliberales. El nuevo modelo propuesto actualmente intenta aproximarse a dar respuestas más integrales al derecho a la salud como responsabilidad del Estado, partiendo de que la salud no es un campo de mercantilización individual.

A pesar de algunos avances, aún existen muchos retos para poder cumplir con la arquitectura de un sistema de salud que dé respuestas universales e integrales efectivas, de calidad, interculturales hacia una materialización real del derecho a la salud de las y los mexicanos, y no sólo narrativa.

La política de salud impulsada durante el gobierno de la Cuarta Transformación (4T), se centra en una serie de ejes rectores diseñados para garantizar un sistema más equitativo, universal y funcional. En primer lugar, destaca la rectoría del Estado como principio fundamental para fortalecer lo público y garantizar que la salud sea concebida como un derecho humano y no como una mercancía. Esto ha implicado la eliminación del Seguro Popular y su sustitución por nuevas instituciones, como el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y posteriormente los Servicios de Salud

del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) es la estrategia central para garantizar el acceso universal a la salud en México, especialmente para la población sin seguridad social. Enmarcado en la reforma del artículo 4.º constitucional y en modificaciones a la Ley General de Salud, este modelo prioriza la APS como eje rector, con un enfoque en la integración de servicios, la acción multisectorial sobre determinantes de la salud y el empoderamiento comunitario. Su implementación recae en el IMSS-BIENESTAR, que asume la prestación de servicios en las entidades federativas de la república que firman convenios, mientras que la Secretaría de Salud Federal, las secretarías estatales y el Servicio Nacional de Salud Pública coordinan la atención colectiva. La estrategia busca ofrecer servicios gratuitos, medicamentos e insumos esenciales en todo el sistema de salud pública, armonizando su operación con las instituciones de seguridad social para avanzar hacia la universalización de la salud en México (Borja, 2024).

Otro cambio importante en el sistema de salud de México es el reemplazo de las jurisdicciones sanitarias por los Distritos de Salud para el Bienestar, como parte del MAS-Bienestar.

Las razones para este reemplazo son diversas. En primer lugar, se pretende superar las limitaciones del modelo anterior, que priorizaba aspectos administrativos y financieros, frecuentemente desvinculados de las necesidades específicas de las comunidades. Las jurisdicciones sanitarias no favorecen la participación comunitaria ni la atención a los determinantes sociales de la salud. En segundo lugar, los nuevos Distritos de Salud es-

tán diseñados para fortalecer la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), permitiendo una planificación más efectiva y adaptada a las realidades locales. Además, al reorganizar las estructuras administrativas, se busca mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención, optimizando la eficiencia del sistema.

Los Distritos Sanitarios juegan un papel clave en la descentralización operativa del sistema, asegurando que los servicios médicos lleguen de manera efectiva y equitativa a las comunidades. Estas unidades administrativas son fundamentales para garantizar la prestación adecuada de servicios de salud, con un enfoque en la salud pública y la atención primaria, respondiendo mejor a las necesidades de cada territorio (Gobierno de México, 2019).

Otro pilar esencial es la federalización e integración de funciones en el sistema de salud, lo que busca optimizar recursos y mejorar la eficiencia operativa. Este proceso incluye el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, la unificación de servicios y la promoción de un modelo de Atención Primaria en Salud que sea integrado e integral, capaz de abordar las necesidades de la población desde un enfoque preventivo, comunitario y participativo (Tetelboin, 2020).

El proceso de federalización de la atención médica para la población sin seguridad social, concretado a través del IMSS-BIENESTAR, está acompañado por una transformación del componente salubrista, representado por el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP). Ambos constituyen los pilares del MAS-Bienestar, que integra la atención clínica y la salud pública bajo los principios de la APS.

La reestructuración del sistema de salud en México avanza en dos ejes complementarios: la atención individual y la atención colectiva. En el ámbito de la salud pública, la transformación tiene dos objetivos fundamentales: fortalecer la rectoría del Estado en materia sanitaria y dotar a la Secretaría de Salud federal de un brazo operativo que le permita ejercer sus atribuciones de manera efectiva. Para ello, el SNSP se concibe como un cuerpo especializado de servidores públicos con la misión de proteger la salud de la población y fortalecer las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

Esta transformación se materializa en tres acciones clave:

1. Reorganizar la salud colectiva en función de ejes estratégicos (gerencia, operaciones, logística e inteligencia), sustituyendo el enfoque de programas verticales.
2. Consolidar al personal de salud pública, brindándole una identidad profesional clara y fortaleciendo su capacidad operativa.
3. Redefinir la rectoría de la Secretaría de Salud, estableciendo un modelo de acompañamiento territorial continuo en todo el país.

Con estas medidas, el SNSP se posiciona como un actor clave en la modernización del sistema de salud, garantizando un enfoque integral que articula la atención médica con la salud pública en beneficio de toda la población (López-Manning & López-Ridaura, 2024).

La política también contempla la articulación de Redes de Servicios Integrales, regionalizados y organizados por niveles de complejidad, con el

objetivo de garantizar la universalización de los servicios de salud, y una atención continua. Además, se prioriza la orientación adecuada de la especialización y distribución de profesionales de la salud, mejorando sus condiciones laborales y las formas de contratación, para asegurar una prestación de servicios de calidad y con equidad. Estos ejes rectores reflejan un esfuerzo integral por reestructurar el sistema sanitario mexicano y garantizar el derecho a la salud para toda la población.

Los Comités de Integración de Servicios de Salud (COISS) y los Comités Estatales de Integración de Servicios de Salud (CEISS) son estructuras fundamentales dentro del modelo de RISS, cuyo propósito es garantizar la coordinación y continuidad de la atención médica.

Los COISS, a nivel regional o jurisdiccional, articulan la prestación de servicios entre unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel, evitando la fragmentación del sistema. Están conformados por representantes del sector salud que aseguran una atención integrada y eficiente. Por su parte, los CEISS, a nivel estatal, supervisan y respaldan la labor de los COISS, asegurando que la integración de los servicios se implemente eficazmente. Además, funcionan como un vínculo entre las políticas nacionales de salud y su aplicación en cada entidad federativa, involucrando a instituciones como el IMSS-BIENESTAR, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios estatales de salud.

Ambos comités contribuyen a la consolidación de un sistema de salud universal e integrado, alineado con el modelo de APS-I Mx, con el objetivo de garantizar servicios accesibles y eficientes para toda la población, independientemente de su afiliación institucional (Secretaría de Salud, 2020).

La Atención Primaria de Salud Integral e Integrada en México, adoptada como eje central por el gobierno de la 4T, retoma primeramente los principios de Alma Ata, y las recomendaciones más actuales planteadas por la Alta Comisión de la OPS (2019), pero las adapta a las especificidades y desafíos de la realidad mexicana. Este enfoque coloca a la APS en el núcleo de la política sanitaria, con el propósito de construir un sistema más equitativo, accesible y orientado a las necesidades de la población (Gobierno de México, 2019).

Las diez recomendaciones de la Alta Comisión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sirven como guía para esta transformación, las cuales son: asegurar el derecho a la salud como principio fundamental; desarrollar modelos de atención centrados en la APS que garanticen cuidado integral, continuo y preventivo; y establecer mecanismos efectivos de participación social para empoderar a las comunidades en la toma de decisiones. Asimismo, se propone regular y fiscalizar el sector privado para evitar prácticas que perpetúen inequidades, al tiempo que se eliminan las barreras de acceso, tanto económicas como geográficas, que dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud (OPS, 2019).

Otro eje clave es la intervención sobre los determinantes sociales de la salud mediante políticas intersectoriales que aborden las raíces de las desigualdades. En este sentido, la salud pública se reposiciona como el eje orientador de la respuesta estatal, adoptando un enfoque que prioriza la prevención y la promoción de la salud. La política también subraya la importancia de los recursos humanos como protagonistas de la APS, con énfasis en su formación, distribución equitativa y condiciones laborales dignas (OPS, 2019).

Además, se fomenta la utilización racional de los recursos tecnológicos, promoviendo la innovación para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, al mismo tiempo que se asegura un financiamiento eficiente y sostenible que permita la implementación de estas estrategias. En conjunto, la APS-I Mx no solo adapta las recomendaciones de la OPS, sino que las contextualiza y las convierte en el fundamento de una política transformadora que busca garantizar el bienestar de todas las personas en el país.

La APS-I Mx promueve reforzar el primer nivel de atención, priorizando la APS como la base del sistema, con servicios cercanos, accesibles y de calidad para la población. Asimismo, promueve la consolidación de programas prioritarios que aseguran servicios integrales enfocados en las necesidades específicas de salud de las comunidades. Otro de sus pilares fundamentales es el desarrollo de RISS, que garantizan la coordinación efectiva entre diferentes niveles de atención, optimizando los recursos y asegurando la continuidad en la prestación de los servicios (Gobierno de México, 2019).

El modelo también enfatiza la importancia de la participación comunitaria, fortaleciendo el empoderamiento de las comunidades para que estas jueguen un rol activo en la gestión de su salud y fomenten la corresponsabilidad. Además, se considera esencial la preparación de los recursos humanos en APS, asegurando que los profesionales de la salud cuenten con la formación necesaria para implementar estrategias integrales y comunitarias (Gobierno de México, 2022).

Retos y Perspectivas en México

Los desafíos para el sistema público de salud en México son amplios y complejos, pero tam-

bién representan una oportunidad para transformar profundamente la manera en que se entiende y se gestiona la salud. En primer lugar, uno de los retos principales es implementar el modelo MAS-BIENESTAR, basado en la APS, y consolidar el Servicio Nacional de Salud Pública. Esto implica ampliar la capacidad resolutoria de las unidades de primer contacto, fortalecer la atención hospitalaria y lograr la articulación efectiva de una red de servicios integrales que garantice acceso, calidad y continuidad en la atención.

Desde una perspectiva teórica, es fundamental replantear la manera de pensar la salud, superando la visión tradicional de la “enfermología pública”. Esto requiere formar y capacitar al personal de salud no solo como técnicos, sino como mediadores estratégicos e interlocutores dialógicos que sean capaces de construir puentes entre las comunidades y las instituciones. Además, se hace necesario analizar el proceso de transformación del sistema de salud desde una perspectiva crítica, comprendiendo los cambios en torno al derecho a la salud y a los determinantes sociales de la salud. En este sentido, se debe articular las funciones de la salud pública dentro de un marco más amplio que permita enfocarse en la producción social de la salud y no únicamente en el tratamiento de enfermedades (López- Arellano, 2024).

Metodológicamente, el desafío radica en desplegar las estrategias y herramientas planteadas por el MAS-BIENESTAR, asegurando su coherencia con las necesidades locales y su sostenibilidad en el tiempo. Esto implica adoptar enfoques territoriales que permitan llevar el quehacer médico-sanitario a contextos específicos y concretos, incidiendo en las poblaciones y espacios que enfrentan mayores inequidades (López-Arellano, 2024).

En el ámbito práctico, es crucial reducir las inequidades sanitarias, mejorar los resultados en salud y garantizar que los servicios lleguen a quienes más los necesitan. Esto requiere acciones integradas que consideren tanto la dimensión técnica como la dimensión social del cuidado de la salud.

El papel de la población es clave en este proceso de transformación. Se necesita fomentar su participación activa en acciones colectivas que busquen la producción de salud y construir ciudadanía a través de la toma de decisiones informada y compartida. Solo con un enfoque participativo y con una visión integral será posible superar los desafíos actuales y avanzar hacia un sistema de salud más justo, equitativo e inclusivo (López-Arellano, 2024).

Otros desafíos importantes para el sistema de salud público en México incluyen aspectos estructurales y culturales que perpetúan las inequidades. Uno de los problemas centrales es la persistencia de una agenda conservadora y patriarcal que limita la implementación de políticas públicas con enfoque de género. El acceso a los servicios de salud carece de una perspectiva feminista, lo que perpetúa la morbilidad indiferenciada, es decir, la incapacidad del sistema para abordar las necesidades específicas de salud de las mujeres y otros grupos discriminados. Esto se traduce en sesgos significativos en las estrategias de prevención y promoción de la salud, así como en la falta de formación del personal sanitario en temas relacionados con género y equidad. Como resultado, las inequidades en la atención de salud trasladan a las mujeres la carga de responsabilidades que deberían recaer en el Estado, reforzando roles de cuidado que profundizan la desigualdad (López-Arellano, 2024).

Otro desafío pendiente es la verdadera integración de la interculturalidad en el sistema de salud. Aunque se reconoce su importancia, las políticas y prácticas actuales no reflejan una comprensión adecuada ni una respuesta efectiva a las necesidades culturales y cosmovisiones de los pueblos indígenas y comunidades diversas. Esto genera barreras adicionales al acceso y calidad de los servicios, perpetuando la exclusión y la desigualdad.

Por último, la legislación vigente, de carácter predominantemente neoliberal, sigue priorizando la lógica de mercado en lugar de un enfoque de derechos. Esto limita la capacidad del Estado para garantizar una cobertura universal, equitativa y sostenible, y refuerza las dinámicas de segmentación y privatización que afectan negativamente a la población más vulnerable.

Enfrentar estos desafíos requiere no solo reformas estructurales y legislativas, sino también un cambio de paradigma que coloque la equidad, el género y la interculturalidad como ejes centrales de la política de salud. Esto implica reconocer y abordar las desigualdades históricas, replantear las prioridades del sistema y empoderar a las comunidades para que sean protagonistas en la construcción de soluciones integrales y sostenibles.

Replantando la Atención Primaria en Salud

El análisis crítico de la Atención Primaria en Salud (APS) revela sus limitaciones como modelo universalista impuesto al Sur Global. Desde sus inicios, promovida por organismos internacionales, la APS se presentó como una solución idealizada para transformar los sistemas de salud. Sin embargo, su desarrollo histórico muestra cómo fue instrumentalizada bajo narrativas geopolíti-

cas que priorizaron intervenciones selectivas y de bajo costo, desvirtuando su esencia por alcanzar el derecho a la salud (Feo & Basile, 2024).

Durante las décadas de los años 60 y 70, en pleno contexto de la Guerra Fría y una crisis de hegemonía capitalista, la APS surgió como una estrategia global, influenciada por propuestas postcoloniales como las de John Bryant y Carl Taylor. Estas ideas buscaban modelos preventivos y comunitarios en oposición a sistemas hospitalarios tecnificados. No obstante, la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), que definió la APS como estrategia integral, fue rápidamente reinterpretada en Bellagio en 1979, hacia una versión “selectiva”, enfocada en servicios mínimos para poblaciones empobrecidas (Feo & Basile, 2024).

En las siguientes décadas, la APS se asimiló a reformas neoliberales, promoviendo sistemas centrados en coberturas financieras y relegando la salud integral. Incluso iniciativas como la APS renovada (OPS, 2003) y la declaración de Astana (OMS, 2018), que alinearon la APS con la Cobertura Universal de Salud, profundizaron su vínculo con los mercados financieros, alejándose de su potencial transformador.

El mito de la Atención Primaria de Salud en el Sur Global

La APS se consolidó como uno de los ejes del discurso sanitario en el Sur Global, sin embargo, su implementación ha estado marcada por distorsiones y malentendidos que han limitado su alcance transformador. Una de las principales confusiones radica en la inadecuada comprensión del concepto, que a menudo se asocia exclusivamente con el primer nivel de atención, reduciendo su alcance integral y estratégico. En este contexto,

se priorizó la estrategia APS por encima de la política más amplia de Sistemas Públicos de Salud dejando de lado su potencial como herramienta estructural para el fortalecimiento del derecho a la salud (Feo & Basile, 2024).

El gran capital se apropió de la APS, desvirtuándola hacia una “APS selectiva”, limitada a intervenciones mínimas y orientada a resolver problemas inmediatos de bajo costo, lo que algunos críticos denominan una “atención primitiva”. Este modelo sigue centrado en la enfermedad, sin abordar de manera integral las determinantes sociales y culturales de la salud. A la par, la formación de los trabajadores de la salud permaneció hegemonizada por el modelo biomédico, priorizando enfoques curativos por encima de la promoción de la salud y la prevención (Tejada, 2003).

Con el tiempo, la APS se convirtió en un “mito”, es decir, en un concepto recurrente en el discurso oficial, pero interpretado de manera fragmentada y a conveniencia de cada contexto. Su implementación ha carecido de una visión unificada y crítica, limitándose a reproducciones adaptadas y aisladas, que han impedido el avance hacia un modelo verdaderamente integral y equitativo.

En este panorama, la APS ha quedado atrapada entre ser un símbolo discursivo y una práctica transformadora no realizada, dejando como reto fundamental recuperar su esencia original y su papel como política de salud integral al servicio de los pueblos del Sur Global.

¿Vale la pena insistir en el uso del concepto APS?

Insistir en el término APS implica un reto, dado el desgaste conceptual y las múltiples interpreta-

ciones que ha generado. Sin embargo, abandonar su uso podría significar renunciar a un ideal que busca garantizar sistemas de salud equitativos, integrales y orientados al bienestar colectivo. La clave no radica en desechar el concepto, sino en resignificarlo, devolviéndole su esencia transformadora y desvinculándolo de visiones reduccionistas que lo asocian exclusivamente a la atención básica para pobres o a estrategias medicalizadas. Reformular su aplicación y reforzar su enfoque político es fundamental para revitalizar su impacto como eje de cambio en los sistemas de salud (Feo, 2016).

Frente a estas limitaciones, el cuidado integral de la salud y la vida emerge como una propuesta radical. Este enfoque supera la fragmentación asistencialista de la APS, priorizando el cuidado sobre la atención y rescatando saberes ancestrales enraizados en el concepto de Buen Vivir. Lejos de ser un lema superficial, el Buen Vivir exige un cambio epistemológico que integre las cosmovisiones del Sur global, promoviendo diálogos interculturales profundos y metodologías decoloniales para dismantelar las asimetrías coloniales y epistémicas (Feo, 2016).

El cuidado integral se fundamenta en tres pilares: integralidad, complejidad y transdisciplinariedad. La integralidad busca respuestas interdependientes que abarcan tanto dimensiones subjetivas como colectivas. La complejidad reconoce la multidimensionalidad de los problemas de salud, mientras que la transdisciplinariedad integra disciplinas y saberes comunitarios para generar soluciones (Feo & Basile, 2024).

Este enfoque exige reorganizar los sistemas de salud hacia redes territoriales, dejando atrás estructuras basadas en niveles de atención. Los

territorios, entendidos como espacios sociales y culturales dinámicos, se convierten en el eje central para diseñar políticas y prácticas sanitarias adaptadas. La territorialización del cuidado implica el uso de tecnologías blandas que privilegien el encuentro y la co-construcción con las comunidades, superando los modelos verticales y centralizados (Feo & Basile, 2024).

El cuidado integral de la salud y la vida no es solo un replanteamiento conceptual, sino una apuesta política y práctica que sitúa a las personas, comunidades y territorios como protagonistas. Este enfoque, basado en la justicia social, la soberanía sanitaria y el respeto por la vida en armonía con la naturaleza, representa una alternativa al modelo biomédico hegemónico, abriendo caminos hacia sistemas de salud más equitativos y humanos.

La noción de cuidado integral de la salud trasciende la idea de “atención primaria”, pues no se trata únicamente de un cambio terminológico, sino de un giro profundo hacia un nuevo marco categorial. Mientras que la “atención” implica una relación vertical y asimétrica, donde quien sabe y ofrece domina a quien no sabe y recibe, el “cuidado” propone una relación horizontal y simétrica. En esta nueva lógica, todos los actores son conscientes de su saber y asumen responsabilidades compartidas, reconociendo los deberes mutuos en la producción de salud y bienestar (Feo & Basile, 2024).

Este cambio no se limita al lenguaje; exige romper con la colonialidad que ha permeado los sistemas de salud y avanzar hacia estrategias arraigadas en el Sur global, donde el concepto del *Vivir Bien* adquiere centralidad. La transformación debe partir de una dialéctica que permita suprimir lo obsoleto, conservar lo útil y superar las limitacio-

nes del modelo hegemónico. Solo de esta manera se podrá construir un horizonte verdaderamente emancipador, que refleje las aspiraciones y necesidades colectivas de nuestras comunidades (Feo & Basile, 2024).

Universalización de la salud a través de redes de sistemas y nuevas arquitecturas organizacionales territoriales

La fragmentación es uno de los problemas crónicos que enfrentan los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Este fenómeno, resultado de desigualdades estructurales, financiación insuficiente, organización piramidal de las instituciones y prácticas médico-céntricas, limita la capacidad de los sistemas para responder a las necesidades de las poblaciones. Aunque la organización regionalizada de los servicios de salud, basada en los principios de universalidad y territorialización, ha logrado mejorar el acceso en ciertos contextos, sigue enfrentando desafíos significativos. Entre ellos, la jerarquización de los modelos de atención que, muchas veces, no considera las especificidades culturales, sociales y territoriales de las comunidades (Hernández & Mendes, 2023).

En este contexto, las RISS constituye una de las principales expresiones operativas del enfoque de Atención Primaria de Salud a nivel de los servicios sanitarios, son fundamentales en los modelos de APS porque garantizan la coordinación y continuidad de la atención a lo largo de los diferentes niveles del sistema sanitario. Al integrar servicios, recursos y profesionales en una red funcional, las RISS permiten una atención más accesible, eficiente y centrada en las necesidades de la comunidad. Además, promueven una gestión más eficaz de los recursos, reducen las brechas de

atención entre áreas urbanas y rurales, y favorecen un enfoque preventivo y de promoción de la salud, esenciales para lograr un sistema de salud equitativo y sostenible (OPS; 2009, 2010).

No obstante, un error frecuente ha sido considerar estas redes como un objetivo final, en lugar de un proceso dinámico y transformador. A menudo, las RISS han replicado las definiciones y lógicas de los sistemas privados de atención, las redes han sido utilizadas como herramientas para reducir costos mediante enfoques gerenciales, como el modelo de gestión de la atención. Este enfoque, popularizado en Estados Unidos bajo la forma de Sistemas Integrados de Prestación de Servicios (Integrated Delivery Systems), generó combinaciones estructurales de proveedores que buscaban coordinar la atención y rendir cuentas sobre resultados clínicos y económicos, sin adaptarse plenamente a las realidades territoriales y culturales de la región. Incluso cuando se han promovido enfoques más flexibles, que enfatizan el intercambio y la interdependencia, las evaluaciones han mantenido un enfoque funcionalista que no logra capturar la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado. Esto ha perpetuado inequidades sanitarias, de género y etnia, consolidando redes jerárquicas y verticales que perpetúan la exclusión y la injusticia (Hernández & Mendes, 2023).

El diseño y la implementación de las RISS en América Latina y el Caribe han enfrentado diversas críticas y limitaciones. En primer lugar, el modelo mantiene la posibilidad de la separación de funciones, un principio que sustenta el pluralismo estructurado y la intermediación en salud, dejando espacio para la gestión sanitaria delegada al libre mercado. Este enfoque perpetúa la fragmentación y la segmentación en el acceso a los servicios, así como las desigualdades estructura-

les que caracterizan los sistemas de salud en la región.

Históricamente, las instituciones de salud han sido moldeadas por modelos administrativos jerárquicos inspirados en las escuelas de administración, fusionando elementos del pensamiento militar prusiano y el enfoque burocrático, tal como lo postularon autores como Fayol y Taylor. En particular, el taylorismo, surgido a principios del siglo XX, se centraba en la productividad, la estandarización de procesos y el control jerárquico. Estos principios se convirtieron en la base de la lógica burocrática sanitaria, dando lugar a sistemas donde el hospital es el eje central y la eficiencia productiva se privilegia sobre la calidad humana y el diálogo. El enfoque taylorista promovió una organización rígida centrada en la productividad, deshumanizando la atención y alienando a los trabajadores (De Sousa-Campos, 1997).

A su vez, el fordismo replicó la lógica de producción en serie, transformando los hospitales en mecanismos lineales y centralizados, con estrictas regulaciones clínicas que profundizaron la desconexión entre servicios. Esta fragmentación, acompañada de una centralización excesiva de normas y programas, perpetuó inequidades y debilitó la capacidad de los sistemas de salud para adaptarse a las realidades sociales y territoriales. En consecuencia, los servicios de salud siguen atrapados en dinámicas tayloristas y fordistas, donde prevalecen la verticalidad, la eficiencia y el control, mientras se margina la participación activa de la comunidad y la coordinación efectiva entre sectores (Fayol, 1969).

El enfoque de las RISS en México, si bien busca articular y coordinar unidades de atención para ofrecer servicios resolutivos, accesibles y efecti-

vos según las necesidades de la población, no está exento de desafíos estructurales. La planificación y gestión de estos servicios, idealmente centradas en el territorio, requieren asegurar el acceso, la continuidad y la calidad en toda la red. Sin embargo, en su implementación, las RISS han tendido a replicar los vicios de los sistemas fragmentados, perpetuando estructuras verticales y jerárquicas que limitan la incorporación de actores locales y recursos comunitarios en la red.

Como señalan autores como Bang y Stolkiner, esta dinámica genera redes donde los actores sociales se ven reducidos a una “adscripción nominada por otros y vaciada de contenido”. En lugar de promover una participación social genuina, las redes terminan funcionando como estructuras burocráticas inertes, desconectadas de las realidades territoriales y de las necesidades específicas de las comunidades (Bang & Stolkiner, 2013).

Para superar estas limitaciones, es esencial reconceptualizar las RISS desde un enfoque verdaderamente centrado en la APS, que priorice la participación activa de la población y fomente la integración de otros sectores y recursos territoriales. Solo así será posible articular redes de servicios de salud capaces de garantizar una atención equitativa, integral y de calidad, ajustada a las demandas y diversidades de los contextos locales.

Limitaciones del modelo de gestión basado en Redes Integradas de Servicios de Salud

El modelo de gestión basado en RISS, aunque propuesto como una solución para superar la fragmentación de los sistemas de salud en América Latina, enfrenta importantes limitaciones que comprometen su efectividad.

Las RISS, en lugar de resolver la fragmentación histórica de los servicios de salud, tienden a reproducir las mismas dinámicas que han caracterizado a los sistemas previos. La desconexión entre los distintos niveles de atención, la falta de continuidad en los servicios y la segmentación en el acceso persisten, lo que perpetúa las desigualdades estructurales en el sistema. Además, a pesar de la intención de fomentar la participación social, las RISS no logran incorporar de manera adecuada los recursos y actores del territorio. Las potencialidades locales y las dinámicas comunitarias quedan invisibilizadas, limitando la capacidad de las redes para adaptarse a las realidades específicas de cada región y responder de manera efectiva a las necesidades de las comunidades (Hernández & Mendes, 2023).

En este contexto, las RISS tienden a organizarse como estructuras jerárquicas, donde se configuran nuevas jerarquías de mando que replican los mismos vicios autoritarios de los modelos anteriores. Estas estructuras, regidas por lineamientos centralizados y decretos, perpetúan relaciones de poder desiguales en la gestión de la salud, sin fomentar una participación activa y genuina de la población y otros sectores. Este modelo de gestión corre el riesgo de convertirse en una red vacía de contenido, una estructura burocrática desvinculada de las necesidades reales de las comunidades. Como señalan Bang y Stolkiner, los actores sociales terminan integrándose a una red “por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido”, lo que reduce su participación a un formalismo sin impacto real en la toma de decisiones o en la construcción de soluciones integrales (Bang & Stolkiner, 2013). Así, las RISS, lejos de ser un instrumento transformador, pueden terminar reproduciendo las dinámicas de exclusión y fragmentación que intentan superar.

Estas limitaciones evidencian la necesidad de rediseñar las RISS desde un enfoque que priorice la integración real de los territorios, fomente la participación activa de la población y promueva la descentralización de las decisiones. Sin estas transformaciones, el modelo corre el riesgo de replicar los mismos problemas que busca resolver, manteniendo la fragmentación y la inequidad en los sistemas de salud.

Nueva epistemología y modelos de salud: hacia la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud

Superar este legado burocrático requiere replantear los marcos conceptuales y metodológicos que organizan la atención sanitaria. La transformación debe priorizar la integralidad, la justicia social y la equidad, adoptando un enfoque interdisciplinario y centrado en las personas. Esto implica desarrollar metodologías innovadoras que integren el territorio y la territorialidad desde una perspectiva crítica, rechazando estructuras jerárquicas que perpetúan la exclusión.

Los sistemas de salud basados en redes representan una oportunidad para construir una organización más inclusiva, enfocada en la salud como un bien colectivo y un derecho universal. Solo a través de una arquitectura organizacional que responda a las dinámicas sociales y territoriales de cada comunidad será posible garantizar una atención integral, equitativa y accesible para todos.

La construcción de redes de salud para el siglo XXI debe ir más allá de corregir los errores de los modelos existentes; requiere un enfoque decolonial y un cambio paradigmático en la generación del conocimiento. Es fundamental impulsar un saber crítico que no solo cuestione las falacias

de los modelos hegemónicos de redes, sino que también promueva la creación de propuestas alternativas. Estas propuestas deben basarse en la refundación de los sistemas de salud, orientadas a la calidad de vida saludable y al “vivir bien” en los países del Sur, incluyendo México (Hernández & Mendes, 2023).

Una nueva epistemología comparada debe ser el fundamento para reimaginar los sistemas de salud, ofreciendo una nueva territorialidad y cartografía social que permita reconstruir los sistemas sanitarios para enfrentar los desafíos del siglo XXI.

Territorialidad y cartografía social

La refundación de los sistemas sanitarios no implica su eliminación, sino un proceso de reingeniería institucional que permita la creación de estructuras organizativas capaces de responder a las realidades sociales contemporáneas. Este proceso debe centrarse en la universalidad y diversidad de los bienes públicos, la integralidad de los servicios y la interdependencia entre ellos, reconociendo que las sociedades son diversas y sus necesidades varían según los contextos sociales y culturales (Hernández, 2022).

Un sistema sanitario basado en estos principios debe integrar la participación social y la intersectorialidad, utilizando una nueva geografía social que se distinga de las concepciones tradicionales de territorio y territorialidad. Es fundamental considerar el territorio no solo como un espacio físico, sino también como un espacio social, configurado por dinámicas de poder, historia y relaciones de opresión. En este sentido, el concepto de territorialidad debe entenderse como un proceso continuo de desterritorialización y reterritorialización, que promueva la equidad, la emanci-

pación y la construcción de relaciones más justas (Basile; 2018, 2024).

Por lo tanto, es esencial cartografiar las dinámicas sociales a través de una nueva geografía social que no solo describa los riesgos y recursos, sino que también analice las dinámicas locales y la diversidad presente en las territorialidades. Este enfoque permite desarrollar un modelo sanitario más dinámico, inclusivo y adaptado a las realidades complejas y cambiantes de las comunidades.

Los sistemas de redes representan una nueva arquitectura organizacional capaz de redefinir los sistemas de salud y transformar los espacios de ciudadanía a nivel local y regional. Estos sistemas se destacan por su capacidad para visibilizar y abordar problemáticas decoloniales y feministas, permitiendo liberar a los sujetos de las capturas institucionales que históricamente han sido replicadas en la organización de los sistemas de salud (Hernández & Mendes, 2023).

El modelo de sistemas de redes tiene como objetivo fortalecer lo público desde los territorios, adoptando un enfoque centrado en las realidades materiales de los pacientes y considerando sus necesidades dentro de una visión integral de salud. Para lograr esto, es fundamental incorporar conocimientos de diversas disciplinas, promoviendo una mirada transdisciplinaria que facilite la participación activa y significativa de la ciudadanía, sin desestimar el valor del tejido social y las redes comunitarias preexistentes.

Superación de la fragmentación en los sistemas de salud

Es fundamental superar la fragmentación entre los aspectos biológicos, subjetivos y sociales de la salud, trabajando sobre la base de cuidados in-

tegrales. Este enfoque no solo busca mejorar la atención individual, sino también fortalecer el papel activo del paciente, reconociendo que su salud está estrechamente vinculada a la de los demás. De esta manera, se promueve una visión amplia y conectada de la salud, que permite que los sistemas sean más inclusivos y estén comprometidos con la justicia social y la solidaridad comunitaria. Los sistemas de redes deben caracterizarse por varios atributos clave para garantizar su eficacia y equidad. Primero, deben reconocer y valorar la diversidad cultural y social, lo que implica un pleno respeto por las diferencias y un enfoque que promueva la pluralidad e interculturalidad, dando espacio a diversas voces y perspectivas. Además, es esencial integrar a todos los actores sociales y colectivos en el proceso de salud, asegurando una participación activa y significativa de las comunidades. Esto solo puede lograrse a través de la interdisciplinaria, fomentando enfoques colaborativos entre distintas disciplinas para abordar los problemas de salud desde diversas ópticas. Los sistemas de redes deben ser flexibles, adaptándose constantemente a las necesidades cambiantes de las comunidades, y deben funcionar bajo un principio de democracia y acción deliberativa, donde la participación y toma de decisiones colectiva sea central. La solidaridad y cooperación deben ser pilares fundamentales, impulsando el trabajo conjunto en beneficio de la salud pública. Además, debe asegurarse una participación transparente, con una gestión clara y abierta en todos los procesos. La creatividad e innovación son también cruciales, buscando siempre soluciones novedosas y efectivas a los desafíos de salud que surgen. Finalmente, es necesario fomentar una cultura de comunicación abierta y efectiva entre todos los actores involucrados, lo que permitirá un flujo constante de información y colaboración. Es crucial que estos sistemas no se rijan por un marco normativo rígido que reproduzca estruc-

turas burocráticas tradicionales. La flexibilidad y la capacidad de adaptación son esenciales para mantener las cualidades dinámicas y efectivas de las redes, garantizando su relevancia y capacidad de respuesta ante los desafíos sociales y sanitarios cambiantes (Hernández & Mendes, 2023).

La implementación de sistemas de redes requiere desafiar la hegemonía del modelo médico tradicional, cuestionando los enfoques históricos de atención y adoptando una postura de humildad por parte de los equipos de salud. Estos equipos deben reconocer la relevancia de integrar nuevas voces, especialmente las provenientes de las comunidades, para abordar sus problemas de salud de manera integral y participativa. Para ello, es fundamental establecer una gestión colegiada en las unidades sanitarias, promoviendo la creación de equipos transdisciplinarios que trabajen de manera colaborativa. Este enfoque facilitará la transferencia de conocimientos, el intercambio de información y la construcción colectiva de proyectos terapéuticos, garantizando que las responsabilidades no se diluyan y que se logre un abordaje más holístico y efectivo de las necesidades de salud (Hernández & Mendes, 2023).

Los equipos transdisciplinarios deben integrarse con equipos clínicos de referencia (verticales) y equipos de apoyo especializado (horizontales), lo que posibilita una combinación efectiva de especialización e interdisciplinaria. Esta articulación asegura que los profesionales de diferentes áreas trabajen de manera conjunta en torno a un proyecto terapéutico coordinado. La negociación continua dentro de los equipos resulta esencial para ajustar la atención a las necesidades cambiantes de los pacientes y las comunidades, permitiendo una respuesta flexible y adaptada a sus demandas (Hernández & Mendes, 2023).

La refundación de los sistemas de salud implica desplazar la tradicional cartografía institucional-burocrática hacia una nueva geografía social, donde los sistemas sanitarios se construyan como una red de territorialidad. Esta reorganización debe fundamentarse en territorios y dinámicas sociales locales que respeten la diversidad y promuevan estrategias de salud colectiva, bienestar y calidad de vida saludable. Así, los sistemas de salud deben ser abiertos, heterogéneos, simétricos y mancomunados en la consecución de objetivos comunes de cuidado y protección colectiva (Hernández, 2022).

En conclusión, las redes de salud ofrecen una oportunidad única para transformar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, basándose en principios de inclusión, diversidad y participación activa. La clave radica en construir un modelo sanitario flexible, solidario y comprometido con la justicia social, que permita una verdadera reciudadanización y garantice el acceso equitativo a los servicios de salud.

Para pensar la transformación social de manera más profunda, es fundamental superar la visión tradicional del cambio como una mera conversión de un orden social en otro. El prefijo “trans” implica ir más allá, sugiriendo que la transformación no solo modifica lo existente, sino que tiene la capacidad de generar nuevas formas que trascienden lo dado. Así, la transformación social se presenta como una capacidad humana para crear nuevas formas colectivas de vivir, para habitar el mundo de manera diferente, fuera de las estructuras de dominación, explotación y despojo (Gutiérrez, 2017).

La transformación social, desde una perspectiva comunitaria, ofrece una manera de concebir el

cambio que desafía la lógica totalizante del capitalismo. Aunque el capitalismo busca expandir sus estructuras y lógicas a todas las esferas de la vida, nunca logra ser completamente total, ya que existen formas de vida social que se desarrollan y reproducen fuera, o al margen, de sus relaciones. Este enfoque permite comprender que las formas de reproducción de la vida no siempre están determinadas por las relaciones capitalistas, y que, en el presente, emergen diversas maneras de vivir que resisten y desafían la lógica capitalista.

En este contexto, los trabajos colectivos, realizados de manera cooperativa y con un sentido de comunidad, son los verdaderos motores de la vida social, pues implican un antagonismo constante con el capital. Estos trabajos no solo facilitan la reproducción de la vida, sino que se transforman en un acto de resistencia activa contra las fuerzas que buscan someter a las comunidades a la mercantilización y explotación. Así, la lucha por garantizar la vida social se convierte en un esfuerzo continuo por preservar formas de organización social que escapen a la lógica capitalista (Gutiérrez, 2017).

Reflexiones finales

En el actual sistema de salud en México, la necesidad urgente de transformarlo hacia un modelo que responda de manera más efectiva a las realidades sociales y culturales del país requiere un enfoque integral que recupere la verdadera esencia de la Atención Primaria a la Salud (APS). Reconceptualizar la APS implica avanzar hacia un sistema de salud que no solo se enfoque en la atención de enfermedades, sino que asuma el cuidado integral de las personas, considerando sus condiciones de vida, sus contextos y su participación activa en el proceso de salud. La verdadera participación

social es un pilar esencial, ya que solo a través de la colaboración genuina entre la comunidad y los servicios de salud, se puede construir un sistema que realmente responda a las necesidades del pueblo.

La transformación del sistema de salud debe incluir una nueva institucionalidad y territorialidad que permita respuestas más locales y adaptadas al contexto social. El territorio, como espacio físico y social, es clave para poder responder de manera integral a las necesidades de salud de la población. Es fundamental que todos los actores, desde los profesionales de la salud hasta la comunidad misma, reconozcan sus responsabilidades y deberes en este proceso, generando un sentido de corresponsabilidad que garantice la sostenibilidad del sistema.

Un paso crucial es replantear la salud en términos de redes de salud abiertas, heterogéneas y simétricas, en las que las instituciones no solo se coordinen, sino que estén entrelazadas con la territorialidad y respondan de manera fluida a las dinámicas sociales. En este tipo de redes, la salud se entiende de manera holística, incorporando estrategias de buen vivir que contemplen el bienestar físico, mental, social y ambiental de las personas. Estas redes deben ser capaces de responder no solo a los problemas inmediatos de salud, sino también a los determinantes sociales que impactan la calidad de vida (Hernández & Mendes, 2023).

Es imprescindible, además, avanzar en la construcción de una Soberanía Sanitaria que permita a México tomar control sobre sus recursos y decisiones en salud, liberándose de la dependencia externa en materia de tecnología, medicamentos y modelos de atención. En este contexto, la cooperación Sur-Sur, a través del intercambio de cono-

cimientos y tecnologías con otros países del Sur Global, es una vía importante para fortalecer el sistema sanitario de manera autónoma y coherente con los principios de justicia social y equidad.

La formación de talento humano coherente con este nuevo enfoque es otro elemento crucial para la transformación del sistema. Los profesionales de la salud deben estar preparados para trabajar en este nuevo modelo de atención integral, lo que implica una formación que incluya no solo los conocimientos técnicos, sino también una comprensión profunda de los determinantes sociales y culturales de la salud, así como de las dinámicas comunitarias.

En este proceso de cambio, es vital recuperar los saberes ancestrales que han sido parte fundamental de las comunidades indígenas y rurales de México. Estos saberes, que han sido transmitidos a lo largo de generaciones, deben ser integrados de manera respetuosa y apropiada dentro del sistema de salud, como un componente clave para lograr una atención verdaderamente integral y culturalmente adecuada.

Asimismo, es fundamental que la población se apropie y defienda su derecho a la salud. El derecho a la salud debe ser entendido como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado sin distinción alguna, y la población debe ser empoderada para exigirlo. Esta defensa del derecho a la salud debe ir acompañada de una regulación y control más estrictos sobre los actores privados en el sector salud, para evitar la mercantilización y el lucro a costa del bienestar de la población.

Finalmente, es esencial tener un control sobre el complejo Médico Financiero Industrial que, muchas veces, incide negativamente en la prestación

de servicios de salud. Es necesario desmercantilizar la salud, eliminando las barreras económicas que limitan el acceso a servicios de calidad y garantizando un sistema público y gratuito para todas y todos, que esté al servicio de la salud colectiva y no de intereses privados.

En conclusión, la refundación del sistema de salud en México debe ser una construcción colecti-

va, basada en un enfoque integral y comunitario, que respete la diversidad social, cultural y territorial del país. Solo a través de una verdadera transformación del sistema, que incorpore la soberanía sanitaria, la cooperación internacional, la formación de un talento humano comprometido y la integración de saberes ancestrales, se podrá garantizar un sistema de salud justo, equitativo y accesible para toda la población.

Referencias bibliográficas

- BANG, C. y STOLKINER, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes, *Ciencia, Docencia y Tecnología*, vol. 24, Núm. 8, 123–146: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005&lng=es&tlng=es (consulta 19 de marzo de 2025).
- BASILE, G. (2018). La salud Internacional sur sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico. En *II Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. En Ediciones GT Salud Internacional CLACSO (Ed.), *FLACSO República Dominicana CLACSO*, 8-35.
- BASILE, G. (2020). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Madrid, 203-218.
- BASILE, G. (2023). Soberanía Sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional. En *XI Dossier de Salud desde el Sur* en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO, Ciudad Buenos Aires, 3-34.
- BASILE, G. (2024). La refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe, *Revista Temas*, Núm. 119-120: 17-26. <https://temas.cult.cu/revista/articulo/982> (consulta 19 de marzo de 2025).
- BORJA-ABURTO, V. (2024). La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México, *Salud Pública de México*, vol. 66: 670-676. <https://doi.org/10.21149/15755> (consulta 19 de marzo de 2025).
- DE SOUSA-CAMPOS, G. (1997). El Anti-taylor: sobre la invención de un método para cogobernar instituciones de salud produciendo libertad y compromiso. <https://comisionestadoca.files.wordpress.com/2012/06/texto-4-de-souza-campos-antitaylor-cogobernar-instituciones.pdf> (consulta 19 de marzo de 2025).
- FAYOL, H. y WINSLOW-TAYLOR, F. (1969). *Administración industrial y general: Principios de la administración científica*. Buenos Aires: El Ateneo, 7-46.
- FEO, O. (2016). “¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar?” En *Lecturas Básicas de Medicina Social y Salud Colectiva*. Compilación Publicada, 1-5.
- FEO, O. y BASILE, G. (2024). Transitando del mito de la APS al Cuidado Integral de la Salud y Vivir Bien. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* Instituto de Salud Pública Javeriana(Colombia).

- GOBIERNO DE MÉXICO. (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. Secretaria de Salud. http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf (consulta 19 de marzo de 2025).
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2022). Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Secretaria de Salud. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/modelo-de-salud-para-el-bienestar-dirigido-a-las-personas-sin-seguridad-basado-en-la-atencion-primaria-de-salud#:~:text=El%20Modelo%20de%20Salud%20para,y%20sin%20cat%C3%A1logos%20limitantes%2C%20reciban> (consulta 19 de marzo de 2025).
- GUTIÉRREZ-AGUILAR, R. (2017). Producir lo común: Entramados comunitarios y luchas por la vida. Madrid: 60-79. https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS-UTIL_Apantle_web.pdf (consulta 19 de marzo de 2025).
- HERNÁNDEZ, A. y MENDES, A. (2023). Sistemas Redes y las nuevas arquitecturas organizacionales territoriales para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes [Inédito]. Red de Posgrado en Ciencias Sociales, CLACSO, Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria.
- HERNÁNDEZ-REYES, A. (2022). La refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: Una esperanza desde el Sur, vol. 15. Núm. 1: 1-4.
- LÓPEZ-ARRELLANO, O. (2024). Alcances y hojas de ruta de la transformación del Servicio Nacional de Salud Pública en México, Segundas jornadas mexicanas de pensamiento crítico en salud y soberanía sanitaria. <https://www.youtube.com/watch?v=4mIowKqrCXY> (consulta 19 de marzo de 2025).
- LÓPEZ-MANNING, M. y LÓPEZ-RIDAURA, R. (2024). La importancia del Servicio Nacional de Salud Pública en la reestructuración del sistema público de salud, Salud Pública de México, vol. 66: 661-669. <https://doi.org/10.21149/15877> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=48D5312D72B5E876200DF0D65D32C59C?sequence=1> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). Declaración de Astana, Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). CD44.R6: Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/238> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2009). Redes integradas de servicios de salud basadas en Atención Primaria de Salud (CD49.R22). Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61885?show=full&locale-attribute=es> (consulta 19 de marzo de 2025).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010). Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opiniones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4). Washington, D.C.: OPS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2019). Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto

- Nivel (edición revisada). Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960> (consulta 19 de marzo de 2025).
- SECRETARÍA DE SALUD. (2020). Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Redes de Atención (APS-I Mx). <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/redes-integradas-de-servicios-de-salud-redes-de-atencion> (consulta 19 de marzo de 2025).
- TEJADA DE RIVERO, D. (2003). Alma Ata; 25 años después, Revista Perspectivas de Salud, OPS, vol. 8, Núm. 1.
- TETELBOIN, C. (2020). Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México, *Boletín sobre COVID-19*: Facultad de Medicina, vol. 1, Núm. 12: 1-12. <https://dsp.fac-med.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.12-03-Propuestas-avances-y-pandemia.pdf> (consulta 19 de marzo de 2025).

Coordinación del cuidado en la Atención Primaria de Salud: un análisis desde múltiples contextos

Luana Camargo Brito* • Leonardo Carnut** •
Lúcia Dias da Silva Guerra***

RESUMEN

La coordinación del cuidado constituye un atributo esencial en los sistemas de salud, especialmente en la Atención Primaria de Salud (APS), donde desempeña un papel crucial al conectar niveles de atención, promover la integralidad del cuidado y garantizar su continuidad. En este artículo se analiza la coordinación del cuidado desde tres perspectivas fundamentales: 1) la integración de los servicios de salud, 2) la continuidad asistencial y la comunicación efectiva, y 3) la centralidad en el paciente y la gestión proactiva del cuidado. A través de una revisión narrativa, se analizan las diferentes manifestaciones de la coordinación del cuidado en contextos internacionales, con la identificación de estrategias comunes y desafíos específicos. La discusión permitió explorar diversas aproximaciones teóricas y prácticas mediante un enfoque crítico. Finalmente, el estudio refuerza la importancia de consolidar la APS como eje articulador de sistemas de salud efectivos y equitativos.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Coordinación del cuidado; Continuidad de la Atención al Paciente; Modelos de Atención de Salud; Colaboración Intersectorial.

Care coordination in Primary Health Care: an analysis from multiple contexts

ABSTRACT

Care coordination is an essential attribute in health systems, particularly in Primary Health Care (PHC), where it plays a crucial role in connecting levels of care, promoting the comprehensiveness of care, and ensuring its continuity. This article analyzes care coordination from three fundamental perspectives: 1) the integration of health services, 2) care continuity and effective communication, and 3) patient-centeredness and proactive care management. Through a narrative review, the different manifestations of care coordination in international contexts are examined, identifying common strategies and specific challenges. The discussion explores various theoretical and practical approaches through a critical lens.

* Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Salud Colectiva.
Correo electrónico de contacto: luacamargobrito@gmail.com

** Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Salud Colectiva.
Correo electrónico de contacto: leonardo.carnut@fm.usp.br

***Universidad Santo Amaro (UNISA), Departamento Salud y Comunidad. Correo electrónico de contacto: ludsguerra@gmail.com

Fecha de recepción: 02 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 25 de marzo de 2025.

Finally, the study reinforces the importance of consolidating PHC as the cornerstone for effective and equitable health systems.

Keywords: Primary Health Care; Care Coordination; Continuity of Patient Care; Healthcare Models; Intersectoral Collaboration.

Introducción

El concepto de cuidado representa una atención integral y continua a las necesidades de las personas, **que considera** su contexto biopsicosocial y **promueve** su bienestar físico, mental y social. Para tanto, la Atención Primaria de Salud (APS) se posiciona como el nivel fundamental de los sistemas de salud, y **desempeña** un papel clave en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento integral de las personas y comunidades (Starfield, 1998). Reconocida como la puerta de entrada al sistema de salud, la APS se articula a través de atributos esenciales que definen su calidad y efectividad: el acceso de primer contacto, la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación del cuidado, la orientación comunitaria y la centralidad en la familia (Starfield, 1998; Mendes, 2012). Cada uno de estos atributos es indispensable para garantizar una atención eficiente y adaptada a las necesidades de las personas y sus comunidades.

En este contexto, la coordinación del cuidado emerge como uno de los atributos más críticos, ya que actúa como un eje articulador entre los distintos niveles y servicios del sistema de salud para garantizar que las personas reciban servicios coherentes, integrados y centrados en sus necesidades a lo largo del tiempo. Este atributo no solo facilita la conexión entre los diversos actores y sectores involucrados, sino que también asegura la continuidad de los cuidados, con lo que se

evitan duplicidades, lagunas en el tratamiento y desarticulación entre servicios. La coordinación es especialmente relevante en escenarios donde los sistemas de salud enfrentan complejidades crecientes debido al envejecimiento poblacional, la carga de enfermedades crónicas y la fragmentación en la oferta de servicios. Además, la coordinación del cuidado contribuye significativamente a optimizar el uso de recursos, mejorar la experiencia del paciente y alcanzar mejores resultados en salud. Al garantizar una atención integrada, oportuna y efectiva, este atributo permite reducir los desperdicios asociados a la duplicación de servicios, minimizar errores y maximizar el impacto de las intervenciones (Oliveira et al., 2024). Más allá de conectar diferentes niveles de atención, la coordinación también fomenta un enfoque centrado en las personas, da prioridad a sus necesidades de salud y promueve un vínculo continuo entre los usuarios y los equipos de atención primaria. Esto refuerza la capacidad de los sistemas de salud para responder de manera ágil y efectiva, e integra acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud en todos los niveles del sistema.

La operacionalización de sistemas de salud, como el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, ilustra la importancia de la coordinación del cuidado, que abarca dimensiones preventivas y curativas en los niveles individual, comunitario y pobla-

cional. Según Cecílio (2012), podemos pensar la gestión del cuidado en salud a través de, al menos, cinco dimensiones: la dimensión individual representa el autocuidado, el protagonismo y la autonomía de los individuos; la dimensión familiar abarca las relaciones con puntos de apoyo importantes para el paciente, como familiares, amigos y vecinos; la dimensión profesional se construye a partir del vínculo establecido entre el profesional de salud y el paciente, e incluye aspectos éticos y técnicos; la dimensión organizacional traduce la función de gestionar el cuidado propiamente dicho mediante el trabajo en equipo, la coordinación, la comunicación, la planificación y el seguimiento de protocolos; la dimensión sistémica incluye las conexiones entre los servicios de salud, que configuran flujos y complejas redes interconectadas a través de sistemas de referencia y contrarreferencia; y, finalmente, la dimensión societaria posee un carácter más amplio y evidencia cómo las diferentes sociedades producen políticas públicas que influyen directamente en los aspectos relacionados con la salud.

A pesar de su relevancia, la coordinación del cuidado enfrenta múltiples desafíos, como la fragmentación de los sistemas de información, la falta de contrarreferencia adecuada y las desigualdades en la distribución de recursos. Estos problemas son observados en diferentes contextos internacionales, lo que resalta la importancia de analizar las estrategias y modelos implementados en diversas regiones del mundo para identificar soluciones y mejores prácticas. Este artículo tiene como objetivo explorar las manifestaciones de la coordinación del cuidado en diferentes contextos nacionales. A través de una revisión narrativa, se examinan las diferentes aproximaciones teóricas y prácticas, lo que proporciona una base para reflexionar sobre las dinámicas y perspectivas de este atributo esencial.

Metodología de investigación

Se llevó a cabo una revisión narrativa con el propósito de construir una base teórico-histórica que permitiera una comprensión profunda y amplia del atributo “coordinación del cuidado”. Este enfoque metodológico se caracteriza por abordar preguntas de investigación abiertas y de amplio espectro, lo que permite al investigador desarrollar un marco conceptual contextualizado y teórico. Según Rother (2013), la revisión narrativa se distingue por su flexibilidad al no requerir protocolos estrictos, lo que facilita al autor explorar diferentes perspectivas y obtener conocimientos relevantes en un período relativamente corto de tiempo. Sin embargo, esta libertad metodológica también implica una mayor susceptibilidad a posibles sesgos de selección, que deben ser cuidadosamente considerados en el análisis crítico y reflexivo del material recolectado.

Para esta revisión, además de artículos académicos publicados en revistas científicas reconocidas, se recurrió a sitios *web* gubernamentales, documentos oficiales y bases de datos confiables del ámbito de la salud. Los países y sistemas de salud analizados fueron seleccionados considerando su relevancia para ilustrar diferentes modelos de coordinación del cuidado, con especial atención a contextos que aportan experiencias contrastantes y aprendizajes clave. Esta estrategia metodológica buscó garantizar una diversidad de fuentes que respaldaran un análisis integral y riguroso. La elección de incluir documentos oficiales y sitios gubernamentales responde a la necesidad de captar un panorama actualizado y contextualizado de las políticas y prácticas relacionadas con la coordinación del cuidado en diferentes sistemas de salud. Estos recursos, al ser generados por entidades de carácter oficial, proporcionan información relevante y detallada sobre las dinámicas es-

tructurales y operativas de los sistemas sanitarios. El Tabla 1 presenta las referencias utilizadas en la construcción de esta revisión narrativa.)

Tabla 1: Fuentes Consultadas

Título	Autores	Año	País	Tipo de referencia
La atención primaria como eje del sistema nacional de salud	Reyes-Morales, H. et al.	2024	México	Artículo académico
Health system overview	Australian Government	2023	Australia	Sitio gubernamental
Challenges and Opportunities	Manatū Hauora	2023	Nueva Zelanda	Sitio gubernamental
Atenção Primária à Saúde: referencia y contrarreferencia	Tribunal Superior do Trabalho	2022	Brasil	Sitio institucional
O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira	Brandão, J.R.M.	2020	Canadá	Artículo académico
International Health Policy Center – Australia	The Commonwealth Fund	2020	Australia	Informe técnico
International Health Policy Center – New Zealand	The Commonwealth Fund	2020	Nueva Zelanda	Informe técnico
De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	Pisco, L.; Pinto, L.F.	2020	Portugal	Artículo académico
National Health Insurance	Government of South Africa	2019	Sudáfrica	Documento oficial
Estratégias que viabilizam o acesso aos servicios de APS no Reino Unido	Norman, A.H.	2019	Reino Unido	Artículo académico
Social health insurance schemes in Africa	Fenny, A.P. et al.	2018	África	Artículo académico
Estudo de saúde comparada: os modelos de APS no Brasil, Canadá e Cuba	Santos, J.C.; Melo, W.	2018	Brasil, Canadá, Cuba	Artículo académico
O Sistema Nacional de Saúde Cubano	Dal Prá, K.R. et al.	2015	Cuba	Artículo académico
Future of Japan’s system of good health	Shibuya, K. et al.	2011	Japón	Artículo académico
Por dentro dos sistemas universais	Domínguez, B.	2010	Reino Unido	Informe técnico

Fuente: Elaboración propia (2025)

Este enfoque metodológico, al integrar una variedad de fuentes, no solo amplía el alcance de la investigación, sino que también permite captar las especificidades y matices de cada contexto. La inclusión de perspectivas diversas y, en algunos casos, contradictorias, contribuye a enriquecer el debate académico y fomenta una comprensión más holística del tema. Además, la flexibilidad inherente a la revisión narrativa posibilita un análisis que trasciende la simple recopilación de datos y promueve una reflexión crítica sobre las interrelaciones entre las diferentes dimensiones de la coordinación del cuidado y sus implicaciones para los sistemas de salud.

La metodología utilizada en este trabajo se enmarca en un enfoque que prioriza tanto la diversidad como la profundidad en la selección de referencias. Esta combinación de estrategias fortalece el debate en torno al atributo “coordinación del cuidado” y ofrece un aporte significativo para la discusión académica y práctica sobre cómo integrar y mejorar los sistemas de salud en un mundo caracterizado por desafíos y oportunidades crecientes en el ámbito sanitario.

Desarrollo

Este artículo observó la coordinación del cuidado desde tres perspectivas fundamentales: 1) la integración de los servicios de salud, 2) la continuidad asistencial y la comunicación efectiva, 3) la centralidad en el paciente y la gestión proactiva del cuidado. Estas dimensiones no solo reflejan la complejidad inherente a los sistemas de salud contemporáneos, sino que también evidencian la necesidad de articular esfuerzos entre niveles de atención, actores clave y políticas públicas para construir redes de cuidado que respondan de manera equitativa y resolutive a las necesidades de

las comunidades. A través del análisis de estas tres facetas, se busca destacar cómo diferentes contextos nacionales y modelos de atención implementan estrategias que fortalecen la coordinación y mejoran los resultados en salud.

Integración de los servicios de salud

La integración de los servicios de salud constituye un eje fundamental en la coordinación del cuidado, lo que garantiza que los diferentes niveles de atención, desde la primaria hasta la especializada, así como los distintos profesionales involucrados, actúen de manera colaborativa y complementaria. Este enfoque integrado es esencial para ofrecer soluciones que aborden las necesidades de los pacientes de forma holística, lo que promueve una atención resolutive, eficiente y centrada en la persona.

En el caso de México, la fragmentación del sistema de salud representa uno de los mayores desafíos para la integración. Por un lado, los servicios para la población asegurada, como los ofrecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuentan con una red estructurada de tres niveles de atención: clínicas de medicina familiar, hospitales generales y hospitales de alta especialidad. Este modelo está financiado tripartitamente y tiene como objetivo brindar servicios gratuitos a los afiliados. Sin embargo, para la población no asegurada, los servicios son gestionados principalmente por la Secretaría de Salud y programas específicos como el IMSS-BIENESTAR, los cuales enfrentan limitaciones en la integración efectiva con otros niveles del sistema debido a restricciones presupuestarias y organizativas. A pesar de los esfuerzos realizados, la coordinación entre estos subsistemas sigue siendo un reto importante, lo cual limita la posibilidad de construir una

red integrada que responda de manera equitativa y eficiente a las necesidades de salud de toda la población (Reyes-Morales et al., 2024).

En contraste, países como Ruanda han implementado modelos como el Community-Based Health Insurance (CBHI) para ampliar la cobertura de servicios médicos a poblaciones vulnerables mediante la conexión de la atención primaria con niveles más especializados. Aunque este modelo ha logrado avances significativos en la creación de redes de atención integradas, persisten desafíos relacionados con la equidad en el acceso y la sostenibilidad financiera en contextos de alta vulnerabilidad económica (Fenny et al., 2018).

De manera similar, en sistemas más desarrollados como el japonés, que cuenta con un seguro de salud universal, la integración de los servicios enfrenta retos asociados al envejecimiento de la población y a la creciente demanda de servicios especializados. Este contexto demográfico no solo incrementa la presión sobre los recursos disponibles, sino que también subraya la necesidad de una coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención, desde la primaria hasta los hospitales y cuidados prolongados. De este modo, aunque el sistema japonés ha sido elogiado por su enfoque en la cobertura universal y la accesibilidad, persisten dificultades significativas. La atención primaria, en este caso, se ve desafiada a actuar como un eje organizador del sistema, que conecta servicios y promueve la continuidad del cuidado en un entorno cada vez más complejo (Shibuya et al., 2011). Para tanto, en Japón, el Sistema de Seguro de Salud Estatutario (SHIS) ha priorizado la continuidad mediante la inscripción obligatoria en planes que cubren atención primaria, especializada y hospitalaria, lo que facilita transiciones fluidas entre los niveles de atención (The Commonwealth Fund, 2020).

En suma, la integración de los servicios de salud, entendida como el proceso de unir servicios de distintos niveles y especialidades para ofrecer una atención continua y sin fragmentaciones, es clave para garantizar respuestas coordinadas y sostenibles. Este enfoque asegura la conexión efectiva entre la atención primaria y otros niveles del sistema, lo que promueve una atención más equitativa, eficiente y centrada en las necesidades reales de las comunidades.

Continuidad asistencial y comunicación efectiva

La continuidad asistencial y la comunicación efectiva son pilares interdependientes en la coordinación del cuidado, esenciales para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad, consistente y sin interrupciones, independientemente del lugar donde se encuentren o del profesional involucrado. En Sudáfrica, el National Health Insurance (NHI) ha intentado consolidar la continuidad del cuidado mediante un fondo único que financia servicios de salud para poblaciones históricamente marginadas. Este modelo busca reducir interrupciones en los cuidados y promover una mayor equidad en el acceso, con lo que se logran avances significativos en la integración de servicios (Government of South Africa, 2019). Sin embargo, estos esfuerzos enfrentan retos en la implementación y sostenibilidad, especialmente en contextos de alta demanda.

Por su parte, la comunicación efectiva es indispensable para conectar los diferentes niveles y actores del sistema de salud, lo que facilita el intercambio de comunicación clara y precisa entre pacientes, equipos de salud y servicios. En Brasil, la carencia de sistemas electrónicos integrados debilita la operatividad del sistema de referencia

y contrarreferencia, esencial para asegurar la continuidad asistencial y la provisión de una atención integral, coordinada y centrada en el paciente. La referencia ocurre cuando el médico de familia realiza una derivación al especialista de la red y proporciona la comunicación necesaria sobre el paciente. Por otro lado, la contrarreferencia tiene lugar cuando el especialista, capacitado según el modelo establecido, accede al enlace enviado por la clínica de APS y completa los datos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento aplicado al paciente derivado (Tribunal Superior do Trabalho, 2022: s/p). No obstante, la ausencia de contrarreferencia en muchos casos, especialmente al retorno de la atención especializada o tras el alta hospitalaria, evidencia importantes barreras comunicativas. Esta desconexión no solo fragmenta el cuidado, sino que también genera sobrecarga en la atención primaria, donde los equipos de salud deben reconstruir la historia clínica y el contexto del paciente sin información suficiente. La implementación de sistemas de información integrados resulta fundamental para superar estas barreras y facilitar una continuidad fluida del cuidado.

En sistemas como el canadiense, la falta de equipos multiprofesionales y una estructura médica centrada en la consulta individual plantean desafíos adicionales para la comunicación interprofesional. Aunque el sistema público garantiza acceso universal, la ausencia de un enfoque integral basado en equipos interdisciplinarios limita la efectividad de la coordinación del cuidado, lo que destaca la necesidad de políticas que fortalezcan la comunicación y el trabajo colaborativo entre profesionales (Brandão, 2020). Asimismo, el sistema inglés del National Health System (NHS), uno de los más antiguos del mundo, ofrece una atención gratuita basada en la equidad y el acceso universal, sustentada en un modelo de financiación mixta entre el Estado y los impuestos de la

población. La Atención Primaria de Salud (APS) en Inglaterra ha logrado consolidarse como un pilar central en la coordinación del cuidado, gracias a su enfoque multiprofesional y resolutivo (Norman, 2019; Garcia y Gonçalves, 2020; Domínguez, 2010).

Estos ejemplos resaltan que, tanto en contextos con recursos limitados como en sistemas avanzados, la continuidad asistencial y la comunicación efectiva son indispensables para evitar la fragmentación y asegurar una atención integral y centrada en el paciente.

Centralidad en el paciente y gestión proactiva del cuidado

La coordinación del cuidado se articula alrededor del paciente, reconociéndolo como el eje central del sistema de salud. Este enfoque no solo prioriza sus necesidades clínicas, sino también sus preferencias y contexto personal al momento de planificar y ejecutar intervenciones. Un ejemplo sobresaliente es el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba, que ha establecido un modelo donde las comunidades son activamente integradas en la planificación y prestación de cuidados. Este sistema, caracterizado por su accesibilidad geográfica y gratuidad, asegura que las políticas y acciones de salud reflejen las demandas específicas de la población, lo que fomenta así una atención verdaderamente centrada en el paciente (Santos y Melo, 2018; Dal Prá et al., 2015). En contraste, sistemas como el estadounidense, marcados por una fuerte dependencia de la capacidad financiera del individuo para acceder a los servicios, enfrentan serias limitaciones en su capacidad para priorizar y abordar las necesidades individuales de manera integral (Norman, 2019). Este contraste evidencia cómo el diseño y la organización del sistema influyen directamente en la

capacidad de proporcionar una atención centrada en la persona.

Además de la centralidad en el paciente, la gestión proactiva del cuidado juega un papel esencial en la consolidación de un sistema de salud eficiente y coordinado. Este enfoque implica la utilización de herramientas y estrategias que permiten anticipar necesidades, monitorear resultados y prevenir tanto la fragmentación como la redundancia en los servicios. En Australia, el programa Medicare ha destacado por implementar subsidios específicos que fomentan un enfoque proactivo en la atención primaria. Este modelo incluye desde la prevención de enfermedades hasta la gestión de condiciones crónicas, lo que ha permitido una planificación anticipada y una mejor articulación entre los diferentes niveles y actores del sistema (Australian Government, 2023). Este enfoque es complementado por el acceso a seguros privados que cubren servicios no subsidiados, lo que proporciona una red más amplia y flexible para atender las necesidades emergentes.

En Portugal, las reformas en el sistema de salud iniciadas en 1971 introdujeron medidas para contrarrestar el dominio hospitalario y fomentar la descentralización de la atención, particularmente en las zonas rurales. Este proceso culminó con la creación del “servicio médico a la periferia” en 1975, una estrategia diseñada para mejorar el acceso y la calidad de la atención en áreas vulnerables. Estas iniciativas reflejan un compromiso con la gestión proactiva y la atención centrada en las personas, fundamentales para la APS (Pisco y Pinto, 2020; Domínguez, 2010).

De manera similar, en Nueva Zelanda, los consejos distritales de salud desempeñan un rol crucial en la gestión local de los servicios. Este modelo no solo asegura que las intervenciones respondan

de manera oportuna a las demandas de la población, sino que también fomenta una gestión adaptativa y una coordinación efectiva entre diferentes actores del sistema de salud (Manatū Hauora, 2023). En ambos casos, la gestión proactiva se combina con una estructura que coloca al paciente en el centro, con lo que se logra un equilibrio entre anticipación, eficiencia y personalización del cuidado. Este enfoque integrado destaca la importancia de construir sistemas flexibles que no solo reaccionen a las necesidades actuales, sino que también se adapten a los desafíos futuros, lo que garantiza así una atención más equitativa y sostenible.

En conjunto, estos conceptos —integración, continuidad, comunicación, centralidad en el paciente y gestión proactiva— constituyen pilares fundamentales de la coordinación del cuidado. Dichos elementos facilitan la articulación de esfuerzos entre actores, recursos y políticas, lo que transforma sistemas de salud fragmentados en redes más equitativas, eficaces y centradas en las personas.

Conclusión

La coordinación del cuidado se reafirma como un pilar indispensable para la consolidación de sistemas de salud más efectivos, equitativos y sostenibles. Este análisis evidenció que conceptos clave como la integración de servicios, la continuidad asistencial y la centralidad en el paciente son esenciales para la construcción de redes de atención más articuladas. No obstante, la mera identificación de estos conceptos no basta; su puesta en práctica enfrenta barreras significativas.

Por ejemplo, en México, la fragmentación del sistema de salud constituye un reto importante para la integración efectiva de los servicios. En Brasil, el sistema de referencia y contrarreferencia en la

Atención Primaria de Salud presenta desafíos relacionados con la falta de retroalimentación efectiva en las transiciones asistenciales. Estas experiencias destacan la relevancia de fortalecer la APS como eje organizador del sistema de salud.

De esta forma, solo mediante un enfoque crítico y reflexivo será posible transformar los desafíos actuales en oportunidades para avanzar hacia sistemas más integrados, efectivos y verdaderamente orientados a las necesidades de las poblaciones.

Referencias bibliográficas

- AUSTRALIAN GOVERNMENT - Australian Institute of Health and Welfare. *Health system overview*. <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview> (consulta 4 de mayo de 2023).
- BRANDÃO, J.R.M. (2020). “O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield”. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 25, núm. 4: 1413-1420. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31802019>.
- DAL PRÁ, K.R.; MINELLI, D.S.; MARTINI, D.; FETZNER, R. da R.T.; FONTANA, K.C. (2015). “O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de Atenção Primária à Saúde”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, vol. 9, núm. 2: 91-103.
- DOMÍNGUEZ, B. (2010). “Por dentro dos sistemas universais”. *Saúde sem Fronteiras. Radis*, núm. 99. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/radis_99_por_dentro_sistemas_universais.pdf. (consulta 13 de febrero de 2022).
- FENNY, A.P. et al. (2018). “Social health insurance schemes in Africa leave out the poor”. *International Health*, vol. 10, núm. 1: 1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx061>.
- GARCIA, M.S.M.P.; GONÇALVES, A.M.S. (2020). “O Modelo de Saúde Pública no Reino Unido”. *Intraciência*, edición 19 – junio. Disponible en: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522115852.pdf. (consulta 13 de febrero de 2023).
- GOVERNMENT OF SOUTH AFRICA. (2019). *National Health Insurance*. <https://www.gov.za/about-government/government-programmes/national-health-insurance-0#:~> (consulta 22 de abril de 2023).
- MANATŪ HAUORA - Ministry of Health. (2023). *Challenges and Opportunities*. <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/new-zealand-health-strategy-future-direction/challenges-and-opportunities#:~> (consulta 10 de mayo de 2023).
- MENDES, E.V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 71-99.
- NORMAN, A.H. (2019). “Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido”. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, vol. 14, núm. 41: 1945. Disponible en: [https://doi.org/10.5712/rbm-fc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbm-fc14(41)1945).
- OLIVEIRA, M.A. de C.; PEREIRA, I.C. (2013). “Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 66, edición especial: 158-164. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

- PISCO, L.; PINTO, L.F. (2020). “De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar”. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 25, núm. 4: 1197-1204. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>.
- REYES-MORALES, H.; GARCÍA-PEÑA, M.C.; LAZCANO-PONCE, E. (2024). “La atención primaria como eje del sistema nacional de salud”. *Salud Pública de México*, vol. 66: 631-636. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/15744>.
- ROTHER, E.T. (2007). “Revisão sistemática X revisão narrativa”. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 20, núm. 2: v-vi. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
- SANTOS, J.C.; MELO, W. (2018). “Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba”. *Gerais - Revista Interinstitucional de Psicologia*, vol. 11, núm. 1: 79-98.
- SHIBUYA, K. et al. (2011). “Future of Japan’s system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage”. *The Lancet*, vol. 378, núm. 9798: 1265-1273. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61098-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61098-2).
- STARFIELD, B. (1998). *Atenção primária: Equilibrando as necessidades, serviços e tecnologia em saúde*. Oxford: Oxford University Press.
- THE COMMONWEALTH FUND. (2020). *International Health Policy Center – Australia*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia> (consulta 4 de junio de 2023).
- THE COMMONWEALTH FUND. (2020). *International Health Policy Center – New Zealand*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/new-zealand> (consulta 4 de junio de 2023).
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. (2022). *Atenção Primária à Saúde: saiba mais sobre o significado dos termos referência e contrarreferência*. <https://tst.jus.br/-/atenção-primária-à-saúde-saiba-mais-sobre-o-significado-dos-terminos-referência-e-contrarreferência> (consulta 13 de octubre de 2024).

Cuerpo y palabra. El testimonio de personas con VIH como dispositivo de subjetivación

Alberto Alejandro Medina Jiménez*

RESUMEN

Este artículo analiza los testimonios de personas con VIH como ejercicios discursivos y escriturales que configuran al sujeto a través de técnicas de sí, en un contexto marcado por el estigma y el silenciamiento. Se examina cómo el testimonio opera históricamente como un dispositivo cuasi terapéutico que enuncia una verdad y transita de un discurso religioso a uno psicológico. Asimismo, se exploran las formas específicas de corporalidad y sujeción que este impone en relación con las instituciones bio-médicas y farmacológicas. Finalmente, se abordan las estrategias de resistencia y apropiación colectiva que los sujetos desarrollan a través del testimonio, no solo como una forma de salvaguardar la vida, sino también como un espacio de disputa frente a los discursos normativos.

PALABRAS CLAVE: Testimonio, Cuerpo, Subjetivación, Dispositivo, Verdad.

Body and Word: The Testimony of People with HIV as an Apparatus of Subjectivation

ABSTRACT

This article analyzes the testimonies of people living with HIV as discursive and scriptural exercises that shape the subject through techniques of the self, within a context marked by stigma and silencing. It examines how testimony historically operates as a quasi-therapeutic apparatus that enunciates a truth, shifting from a religious discourse to a psychological one. Likewise, it explores the specific forms of embodiment and subjection that testimony imposes in relation to biomedical and pharmaceutical institutions. Finally, it addresses the strategies of resistance and collective appropriation that subjects develop through testimony, not only as a means of safeguarding life but also as a space for contesting normative discourses.

KEYWORDS: Testimony, Body, Subjectivation, Apparatus, Truth.

* Departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: ame-dinaj@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 15 de enero de 2025.
Fecha de aceptación: 25 de marzo de 2025.

Introducción

Propongo el análisis de un corpus textual ligado al cuerpo erótico y *enfermo* relacionado al VIH en México para tratar de pensar el modo en que el testimonio ha fungido como un dispositivo que configura la subjetividad de manera múltiple para arribar en una reflexión sobre su papel como tecnología del *yo* en la actualidad. Por lo que propongo a este como estudio de caso (Stake, 1999) donde, a partir del análisis documental, se desprenden una serie de articulaciones, choques y, sobre todo, preguntas dirigidas a la teoría, que han permitido formular la presente reflexión. De este modo a la interrogante por la corporalidad y el erotismo se le suman la relación de estas con la palabra en el testimonio, entendiéndolo, en este caso, como narración de la experiencia de los sujetos.

Desde hace algunas décadas el testimonio ha sido una figura fuertemente divulgada y discutida, tanto en medios académicos como en contextos de movimientos sociales e institucionales. Así la irrupción del testimonio en Latinoamérica, durante la segunda mitad del siglo XX, se produjo bajo la denuncia del terrorismo de Estado (Bustos, 2010); lo que ha traído consigo una discusión en la academia sobre su legitimidad aunada a su poder ideológico. Para Beatriz Sarlo (2005) dicha explosión denota un *giro subjetivo* que impulsa la intención de recuperar y preservar la memoria a través de las voces de los excluidos; esta impronta subjetivista, centrada en la experiencia, trae consigo, según la autora, una hegemonía moral sobre la representación del pasado; hegemonía que oculta la ficción del testimonio bajo un disfraz de veracidad. Sin rechazar del todo las advertencias plasmadas por la autora, como veremos, el testimonio guarda una complejidad mayor en relación

con los contextos específicos en que surge, lo que es necesario de cavilarse para evitar una satanización moral del mismo.

El hecho de que mi investigación parta de dicho género y no de otros, como la biografía o la literatura sugeridos por Sarlo (2005), es porque considero que el testimonio guarda un potencial analítico capaz de dirigir la reflexión en múltiples direcciones. Por un lado me permite ver el modo en que dicha veracidad se constituye como tal, es decir, hace visible la lógica del poder que se encuentra ligada a su producción y reproducción; para lo cual su carácter ficcional no nos resulta una característica descartable, sino por el contrario, nos obliga a considerar la retórica que gesta dicho ordenamiento sobre la palabra, así como los giros, arreglos y apropiaciones, por medio de los cuales, el testimonio puede ocupar un lugar estratégico para su emisor. De esta forma el presente trabajo se pregunta por el modo en que cuerpo, palabra y verdad se entretujan para configurar formas de subjetivación.

En este sentido es que propongo pensar el testimonio como un dispositivo en el sentido que le asigna Foucault (1991) como un entramado heterogéneo de discursos, prácticas e instituciones, entre otros componentes, que van a dar respuesta a una urgencia histórica social específica cuyo objetivo es administrar, orientar, organizar y dar sentido a las conductas humanas. También se hace relevante el aporte de Agamben (2011) al concepto pues este acentúa el encuentro *cuerpo a cuerpo* del individuo con el dispositivo, lo que genera formas específicas de subjetividad. Al respecto es importante la puntualización que realiza Esposito (2011) respecto a la noción de sujeto que contiene este concepto. Para el autor esta teorización permite avizorar la articulación entre objetivación

y subjetivación, pues el dispositivo posibilita la escisión del sujeto, permitiéndole tomarse como objeto a sí mismo; esto se ve reflejado en la división entre cuerpo y mente o entre animal y persona, como *partes* distintas de lo mismo. De este modo la noción propia de sujeto lleva consigo los mecanismos de sujeción, en su sentido de sometimiento, que son producidos por los dispositivos.

Si bien el testimonio está compuesto por lenguaje no podemos obviar que su producción se ubica en un contexto semiótico y material más amplio, por lo que es importante considerar todos los procesos institucionales que van desde su registro hasta su publicación. Por lo que la pregunta se centra en el modo en que esta red que genera el testimonio produce formas específicas de identidad y subjetividad ligadas al poder. Sin dejar de lado la forma en que los sujetos pueden generar resistencia o formas de apropiación y uso de estos mismos dispositivos. De este modo, aparece específicamente ligado a las tecnologías del yo, pues estas

permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (Foucault, 2015:48).

Como veremos en lo subsiguiente, el testimonio aparece como una forma en que los sujetos operan sobre sí mismos a partir de un diagnóstico médico, lo que permite tanto una intervención sobre sus cuerpos, así como una transformación a nivel semiótico que los conduce, mediante la enunciación de la verdad, a un estado distinto de vida. Existe pues, una gestión del sujeto a través

del testimonio para incluirlo en lo que respecta a su lugar dentro de las instituciones y saberes médicos, al mismo tiempo que, se convierte en un espacio que posibilita su despliegue más allá del poder.

A partir de esta premisa, desarrollaré en este texto cinco apartados precedidos por una breve nota metodológica. En el primero, analizaré la irrupción del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su impacto inicial, que configuró procesos de poder y control sobre la vida a través de mecanismos de subjetivación, asociándolo a prácticas consideradas fuera de la norma y vinculándolo al estigma social y al silenciamiento. En el segundo apartado, abordaré el testimonio como una respuesta a esta marginación, para destacar su papel tanto en la visibilización de experiencias como en su dimensión política referente a la veracidad, donde puede funcionar como un acto de resistencia o, en ciertos contextos, como un mecanismo de control social. En el tercer apartado, exploraré cómo, en el caso del VIH, el testimonio ha operado como una forma de restauración moral de la víctima, aunque con la llegada del tratamiento antirretroviral, esta narrativa se medicaliza e incorpora a los dispositivos institucionales. El cuarto apartado examina cómo la transformación subjetiva relatada en el testimonio no solo implica una adaptación a estas estructuras, sino que también reivindica la voz del narrador como una forma de resistencia, convirtiéndose en una afirmación de la vida. Finalmente, concluyo con una reflexión sobre el papel actual del testimonio en un contexto donde los avances científicos y sociales han cambiado la relación con el virus y parecen haber reducido la necesidad de la colectividad en torno a él, preguntándome sobre su relevancia política en la actualidad.

Nota metodológica

Para el desarrollo de este trabajo he elegido una compilación de testimonios que se vieron publicados entre los años 2008 y 2011¹. Como mencioné en la introducción tomé a estos bajo el enfoque de estudio de casos desde un enfoque cualitativo (Stake, 1999), por lo que la selección del material no responde a su tipificación ni a una representatividad de los mismos, sino a criterios que permitan profundizar en la comprensión del caso de interés. Como lo explicité, el objetivo principal ha sido la comprensión sobre el papel del testimonio como figura narrativa, en la configuración de los sujetos con VIH dentro de las instituciones médicas, por lo que se trata de un estudio instrumental de casos (Stake, 1999), ya que estos permitieron profundizar en dicha problematización. La elección de un lapso temporal tan reducido responde a que este ha sido el plazo en que se han publicado el mayor número de testimonios escritos de personas con VIH en México por parte de Asociaciones Civiles y Organismos Gubernamentales. Lo que coincide con la consolidación de la implementación y el acceso universal a los fármacos de alta eficacia (TAR) en el país, cuyos gastos fueron mayormente solventados gracias a que en el año 2005 se les incluyó en el Fondo de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

¹ Se trata de los ejemplares: *Realidad-es más que vih*, del año 2009 que fue publicado por Editado por el Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el Sida A. C. (CHECCOS A.C.) y financiado por el Gobierno del Estado de Jalisco a través del Consejo Estatal para la Prevención del Sida (COESIDA). *Historias de mujeres VIH*, coeditado por: Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, Salud integral para la Mujer A.C. (SI-PAM), Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México Clínica Especializada Condesa e Investigación y Desarrollo educativo para la acción social A.C. editado en el año 2009. Así como extractos de los libros: *25 años de SIDA en México. Logros desaciertos y retos*, del año 2008 editado por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*, del año 2011 editado por el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y por fundación México Vivo. Por último, menciono el libro *Rutas tor-sidas*, sin año ni editorial, editado por la asociación civil Árbol de la Vida.

De modo tal que estos testimonios sirvieron para pensar las formas de incorporación de los sujetos a las estructuras de salud bio-médica ante ese suceso. Además, uno de los criterios de selección fue que su realización fue impulsada por organismos internacionales y financiados con recursos estatales, por lo que remiten a una lógica de acoplamiento por parte del Estado y las organizaciones civiles como respuesta social a la epidemia. En suma, la selección de este material permitió pensar la relación entre el testimonio, el poder y las formas de subjetivación en el momento de su medicalización.

Por otro lado, el lector no encontrará muchas referencias textuales de los testimonios, esto se debe a dos motivos; la forma en que realicé el análisis de los materiales responde a una modalidad interpretativa directa (Stake, 1999) donde se toman ejemplos para que, por medio de la interpretación, estos adquieran mayor significado dentro de la línea argumentativa que se pretende realizar. No se trata, por lo tanto, de un método sustentado en la repetición o la representatividad, sino en la particularidad y la complejidad. Además de este aspecto también es importante mencionar que fue necesario omitir algunas referencias por cuestiones de extensión, priorizando las reflexiones derivadas de la lectura de dicho material, el cuál es de acceso libre en internet.

VIH. Discurso y control social

La primera cuestión inevitable de formular es tratar de comprender el evento histórico que representó la *pandemia* del VIH-SIDA y el impacto que tuvo en la configuración de dispositivos sociales hasta entonces inéditos. Dicha enfermedad²

² Me refiero al SIDA y al VIH como una enfermedad en su sentido tanto metafórico como experiencial, es decir que no parto de la idea de enfermedad como un acontecimiento puramente biológico sino también semántico,

ubica sus inicios en la primera mitad de la década de los ochenta del siglo pasado. La llegada de esta a Estados Unidos de Norteamérica constituyó un hito en la historia que, en palabras de Comaroff y Comaroff (2013) “puso sobre el tapete la llegada de lo global” (p. 267) y fue delimitando nuevas fronteras y conexiones, reales e imaginarias, a nivel planetario y a nivel corporal. Ante el VIH se inocularon, por una intromisión viral del lenguaje, metáforas e imágenes que desencadenaron una *epidemia de significación* ligada a un discurso biomédico (Treichler. 1987), se configuraron contextos locales bajo un escenario mundial; determinado este por disposiciones políticas y económicas globales causadas y causantes de la enfermedad (Altman. 1999). Este *nuevo orden mundial*, colocó a las personas con el virus bajo condiciones sociales espinosas. La amenaza de muerte por el síndrome se unió con el estigma resultante de los discursos de peligrosidad sobre los *Otros*, ligados a una idea de perversidad y degeneración; de modo tal que la epidemiología, tanto en África, como en los Estados Unidos, Europa o Latinoamérica, para controlar la epidemia, buscaron entre sus habitantes a los *grupos de riesgo*, irremediamente ligados a una identidad que marcaría a los cuerpos con el virus como abyectos. Sexualidad, raza, enfermedad e ilegalidad se fundieron para dar forma a un estigma de expansión mundial que hasta la fecha ha resultado difícil de erradicar.

Además de la *muerte social* ligada al virus, causada por su capacidad de generar significados (Treichler. 1987), ante la llegada del fármaco como tratamiento, se delimitó una nueva división entre quienes pueden o no adquirirlo. Partición que agudizó la brecha geográfica entre el *primer* y *el tercer mundo*; lo que hizo aún más visibles

social y subjetivo.

“los costos humanos de la marginación política y económica, lo insuficiente de la intervención humanitaria allí donde más se le necesita y el control cada vez mayor de los monopolios sobre los medios de vida” (Comaroff y Comaroff, 2013:273). Aunque al mismo tiempo, este discurso de diferencia económica sea usado como mito simplista del progreso para justificar la ineficacia local y la intervención internacional (Altman. 1999) pone en cuestión la división de clase y la dificultad de acceso de algunos sectores a los medios de salud, pero también, como veremos más adelante, de acceso a un discurso.

Mientras que en África la epidemia se ha naturalizado como forma de derrotismo naturalizado y muestra de una otredad radical (Comaroff y Comaroff, 2014:272), desde mi perspectiva, en Latinoamérica, y especialmente en México, estuvo fuertemente determinada por una condición de ocultamiento y secrecía, posibilitada por la ubicación y control de los llamados *grupos de riesgo*; se conformó una Otredad cuyo interior será necesario inmunizar. Al mismo tiempo que el control imperioso para evitar una supuesta expansión del virus hacia el vecino del Norte implicará una regulación de los flujos eróticos y migratorios. También supondrá la formación de subjetividades específicas cuya retórica será importada desde *organismos internacionales* que buscarán una normalización de la epidemia a través de la introducción de fármacos de alta eficacia (TAR).

Regresando a la pregunta sobre las condiciones sociales de la globalización, considero importante abordar el VIH bajo este concepto, partir de la relación entre las condiciones materiales de acceso a la vida, que van desde la adquisición del virus hasta la necesidad de los servicios de salud y fármacos. Asimismo, es fundamental considerar la

producción de subjetividades ligadas a demandas globales cuya importación se configura en contextos locales, así como la imposición del silencio que impera a causa del estigma, pero también opera bajo un ordenamiento del discurso. Todo esto debe ser analizado considerando al cuerpo como concepto clave, en tanto eje articulador de vida y lenguaje, y el modo en que ambos quedan implicados en la producción de un sujeto. Para ello, tomaré como material de análisis la figura del testimonio de personas con el virus.

El testimonio como narración de una verdad

Una de las particularidades medulares del testimonio, y donde radica la relevancia de este para las ciencias sociales y humanidades, es la cuestión de la experiencia. La vivencia de un acontecimiento y su posible transmisión a través del texto es quizá la finalidad más significativa. Lo que implica que esta figura discursiva esté obligada a partir de acontecimientos y personajes reales, de donde se desprende una narración en primera persona que implica un efecto de veracidad (Beverly, 1987).

Indudablemente esto abre un canal de análisis sobre el modo en que la experiencia es plasmada a través del lenguaje para considerar la forma en que la verdad es gestionada. Un análisis de esta no supondría sólo acceder a ella como materia prima del devenir subjetivo y social, sino que se encuentra producida por formas del lenguaje, las cuales son necesarias de analizar e historizar. Sin embargo, las características contextuales en las que surge el testimonio hacen de dicha tarea una labor más compleja, ya que un análisis centrado exclusivamente en el modo en que la experiencia del sujeto es producida de manera pasiva en aras de una verdad hegemónica, suprimiría las parti-

cularidades de dicho género, en las que no sólo busca plasmarse el acceso a una verdad, sino que pretenderá ser llevada al terreno político, donde la disputa por ella es lo que impulsa su narración. La *verdad* no es una cuestión resuelta en el testimonio.

*Testificar, en su sentido legal, es producir el propio discurso o la propia historia como parte de un veredicto más amplio aún por hacerse. Se requiere del testimonio en una situación donde la verdad no está clara, donde ya existe una "crisis de la verdad"*³ (Anderson. 2001:127).

Como se mencionó en este apartado, el testimonio surge de condiciones sociales específicas, de experiencias límite de violencia o marginación; en donde acontece una *crisis de verdad* y de ahí la urgencia o necesidad de comunicar la experiencia, lo que hace que la vivencia resulte significativa. Su narración implica la búsqueda de una consigna de justicia en términos sociales y comunitarios (Beverly. 1987). En el testimonio sucede una superación del yo individual de la autobiografía a raíz de la demanda por un cambio en la situación dificultosa que vive o vivió el narrador, al mismo tiempo que implica una superación de la figura del autor, ya que el testimonio adquiere principalmente la forma de compendio. Además, el testimonio es escrito *desde abajo* y no supone un ascenso, superación o renuncia cultural por parte del testimoniante para acceder a la palabra, el narrador del testimonio puede ser cualquiera (Beverly, 1987).

Se entrevé cierta relación de dicho género con la posición de subalternidad, como una forma en que la voz de grupos excluidos de la Historia se vuelve susceptible de ser puesta en la escena pú-

³ Traducción propia.

blica. La pregunta planteada por Spivak (2003) sobre si puede hablar el subalterno, sin duda hace eco al pensar el testimonio como forma de aproximación a la palabra de este, sobre todo al plantearnos la cuestión de si es posible que hable por sí mismo y de manera transparente para sí. Debemos recordar que el testimonio generalmente es producido bajo contextos institucionales, y en bastantes casos, es impulsado por lógicas globales. Para autores como Alejandro Castillejo (2007) el *extractivismo* institucional y académico sobre el testimonio, pone de relieve el modo en que este es gestionado y archivado en aras de un ordenamiento y control de la palabra para evitar cualquier forma de irrupción que esta pueda generar. Sin embargo, considero que el testimonio contiene también un carácter contradictorio inmanente, que impide su total aprehensión a una lectura opresiva.

Es y no es una forma “auténtica” de cultura subalterna; es y no es “narrativa oral”; es y no es “documental”; es y no es literatura; concuerda y no concuerda con el humanismo ético que manejamos como nuestra ideología profesional; afirma y desconstruye a la vez la categoría del “sujeto” como centro de representación y protagonismo social (Beverly, 1993, 489).

Sería erróneo evadir el carácter ficcional del testimonio y el modo en que el sujeto, al pretender expresar una verdad, al mismo tiempo se sustrae de su propia intencionalidad. De modo similar, es necesario considerar cómo la producción testimonial puede funcionar tanto como una estrategia de dominación como una estrategia del dominado. El carácter dialéctico del testimonio nos conduce a su imposibilidad en distintas direcciones: por un lado, la imposibilidad de plasmar la vivencia en un sentido pleno, ya que el sujeto aparece como

una producción de un ordenamiento discursivo; por otro, la imposibilidad de una captura total de ese sujeto por el lenguaje, lo que implica una irrupción de la vida en el orden hegemónico. Introducir así la noción de cuerpo en el testimonio obliga a considerar cómo este es producido por un contexto social determinado y, en el caso que me interesa, cómo la enfermedad es tanto producida como encarnada a partir de las situaciones sociales que ha vivido el sujeto. Sin embargo, al mismo tiempo, el cuerpo introduce lagunas e imprecisiones en el discurso, pues no es plenamente narrable

Pero esta falta de claridad no nos remite a un cuerpo mudo, sino que es precisamente su imposibilidad de ser aprehendido completamente la que hace considerar la apertura del sentido más allá de una imposición de una verdad ¿Hasta qué punto el testimonio es una captura del cuerpo o hasta qué punto es el testimonio del cuerpo capaz de generar una disrupción en ese orden de subordinación? ¿A caso no el narrador interpela los discursos de verdad que son impuestos sobre él para hablar de *su verdad*? La cual no remite a una verdad íntima e individual sino a una versión distinta de los hechos sociales, apela a un sentido diferente al de la dominación como estrategia de acción. Inscripción, por lo tanto, del cuerpo en otro orden. En este sentido el dispositivo sería desbordado por la sujeción que busca generar.

Silencio e inmunidad

Un diagnóstico positivo de VIH siempre revela más que una enfermedad; constantemente se guardan los secretos asociados al VIH, como se guarda la culpa, el desamor, la preferencia sexual, los encuentros amorosos, y otros muchos temas que se van pegando al corazón, al

cuerpo, como parte atosigante del alma, como costras calcitrantes que impiden verse a sí mismo en la búsqueda más honesta y sagrada: el Ser en sí (CHECOSS, A.C., 2009: 12-13).

El párrafo citado se ubica en la introducción de un compendio de entrevistas que fue editado por una asociación civil que dirige grupos terapéuticos para personas con VIH en Guadalajara, México. Aquí en la introducción se hace notar uno de los ejes que articulan el discurso con el VIH-SIDA: el secreto. Hablar como una lucha contra la secrecía marcada por el estigma de la enfermedad será uno de los objetivos del testimonio. Años atrás, en la década de los 80s, el famoso lema del grupo activista ACT UP *Silencio igual a muerte* resonaba fuerte en los Estados Unidos. Aunque, en este caso, el silencio contra el que luchaban remitía a la falta de respuestas por parte del gobierno del presidente Regan. En México, en el año de 1996, surge el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/SIDA (FrenpaVIH) bajo el eslogan de *Medicamentos para todos* (González, 2018), la mayoría cubiertos del rostro con capuchas blancas, señalaron de manera constante, por vía jurídica y política, la marcada desigualdad de la distribución de los medicamentos, es hasta el 2002 que se asigna un presupuesto para quienes no cuentan con seguridad social en el país. El silencio se enmarcaba por una sordera premeditada ante la exigencia de un tratamiento contra la muerte, respuesta que demoró más tiempo en llegar a México. El testimonio, como objeción ante la situación, ocupó el lugar de un litigio sobre la vida y la muerte, una demanda al Estado que evidenciaba que detrás de esas muertes había historias de personas que merecían vivir. Además, el estigma social que ligaba el virus a conductas fuera de la norma hizo que a pesar de la implementación de los fármacos el silencio continuara

impactando a las personas con el virus a causa del secreto que implicaba su diagnóstico.

En distintas partes del mundo el testimonio se fue implementando como forma cuasi-terapéutica, declamado en grupos de autoayuda como forma de restitución de la persona afectada por la enfermedad y su estigma; aún con poca evidencia⁴, podríamos suponer que, en los primeros años de la epidemia en México, estos grupos fueron tomados por asociaciones religiosas humanitarias, tal como afirman Comaroff y Comaroff (2013) sucedió en África, al ser implementados por grupos de misioneros pentecostales. Así el proceso de institucionalización del tratamiento marcó una modificación del enfoque religioso en vías de una profesionalización. Estos testimonios son fruto de dicha transición, cuya encomienda se basa, generalmente, en la recuperación de aspectos *psicológicos*. Sin embargo, la tensión entre diferentes instancias, la religiosa y la profesional, no se disipa de manera simple, al contrario, parece resolverse en relaciones complejas de contradicción y mezcla entre ambos discursos. Como lo explica el antropólogo sudafricano Didier Fassin (2007) al analizar testimonios de personas con el virus:

Se trata de un híbrido que reelabora una noción psicológica en el lenguaje de la religión para expresar la gestión local del “trauma”. La psicología como religión laica o tal vez, por el contrario, la religión como psicología práctica: es fácil ver que más allá de las diferencias históricas, esto tiene que ver con configuraciones globales que permiten una interpretación de los mundos locales⁵ (p. 257-258)

4 Entre ella encontramos “Rutas tor-sidas” un compendio de testimonios editada por una Asociación Civil dedicada a cuidar de personas afectadas y suministrar medicamentos a cambio de que llevaran a cabo un proceso para dejar la homosexualidad o cualquier tipo de sexualidad no normativa.

5 Traducción propia.

Este híbrido entre psicología y religión, como se expresa en el párrafo citado, desplazará la sacralidad religiosa al *ser en-sí*, como espacio *más allá* de protección al juicio externo. La inmaterialidad del alma, como contraposición del cuerpo que la contamina, será vista como el lugar de destino marcado por la introspección del testimonio. Para, de este modo, conocer lo que *el médico no ve*, develar el secreto que se ubica en el cuerpo erótico y su experiencia. El testimonio visibiliza la articulación entre confesión religiosa y acto terapéutico como forma de autoinspección moral; así como esta es implementada como control de la conciencia sobre el cuerpo. A pesar de que la secularización profesional busque despojar la idea de pecado y castigo como forma del estigma sobre el virus, se ve una articulación, un uso de la religión y otras formas *espirituales*⁶, que permiten hacer accesible la propuesta de una moral médica. El objetivo de incorporar a quienes tienen el virus al sistema de salud, donde el tratamiento farmacológico es preponderante; debe producir sujetos capaces de individualizar su conducta y *responsabilizarse* de su salud; lo que es posibilitado mediante el testimonio al permitir una apropiación y resignificación local de los modelos globales de la medicina alópata.

Para la producción de este sujeto se hace necesaria una concepción del cuerpo acorde con el discurso biomédico. El testimonio como dispositivo genera una restitución del *yo* en el relato, que implica la capacidad de que el cuerpo se torne dominable e interpretable bajo la enfermedad. La inmaterialidad del alma es desplazada por la conciencia, pero esta se ubica, a su vez, en el cuerpo individual. El sujeto debe identificarse con su propio cuerpo al mismo tiempo que objetualizar-

lo. El *yo-cuerpo* implica límites bien delimitados, sin mezclas hacia el exterior. Donna Haraway (1995) plantea que las descripciones del sistema inmunológico, en el siglo XX, instituirá en el discurso biomédico la idea de un *yo* corporal capaz de diferenciarse cabalmente del exterior, esta distinción se torna una tarea constante y necesaria; la meta del cuerpo es erigir las fronteras suficientes para impedir su disolución, pero debe hacerlo de manera constante pues la confusión entre *yo* y *no-yo* resulta amenazante. Así la posible enfermedad del SIDA impondrá un modelo corporal basado en la delimitación del *yo* y la regulación de los flujos, tanto corporales, afectivos y de información, pues el fármaco supone una regulación de los flujos enzimáticos que impide la intromisión del virus a la célula del sistema inmune y limita la reproducción viral: “La enfermedad es una subespecie de un mal funcionamiento de la información o una patología de las comunicaciones, un proceso de reconocimiento erróneo o una transgresión de los límites de un ensamblaje estratégico llamado *yo*” (Haraway, 1995:363).

Esposito (2005) plantea el modelo inmunizante, al que se tiende cada vez más en las sociedades contemporáneas, como una separación del sujeto de la esfera compartida de la comunidad. En este sentido el testimonio puede exaltar en el *yo* un individualismo occidental basado en la regulación del cuerpo y la emotividad; para esto último el modelo catártico se hace útil. La responsabilidad de la salud es transferida al individuo y a su capacidad de responder a las demandas médicas. Por otro lado, la evitación del peligro exteriorizado también implica el del juicio de los otros, a causa del estigma; de modo que la confidencialidad se vuelve útil. La secrecía se torna también una regulación de la información a través del anonimato. Se observa cierta confusión de los testimonios

⁶ En el sentido en que Foucault (2021) desarrolla en *La hermenéutica del Sujeto*.

con el género autobiográfico en tanto que se busca una verdad interna del sujeto en términos casi confesionales. Pero también en tanto hace una exaltación casi heroica del individuo. Lo que denota, además, el papel pedagógico del testimonio, en tanto busca tipificar una vida ejemplar como forma de control. (Beverly. 1987).

¿En estos testimonios existe una apelación a un cambio social estructural? ¿Forman parte de una demanda social, de una búsqueda real de modificar las condiciones de opresión? ¿O se trata, más bien, de una forma de regulación sobre la subjetividad, de un ordenamiento sobre su discurso, es decir, de una sujeción en sentido estricto? En este caso, el sujeto estaría obligado a guardar silencio, en tanto no es desde esa condición desde donde se habla. Además, no podemos obviar la subalternidad en relación con el diagnóstico, ya que, si bien el estigma marca al sujeto como abyecto, este no habla necesariamente desde dicha posición, pues la restitución moral busca separarlo de ese lugar.

Además, es inevitable observar el hecho de que hay personas que, aun con diagnóstico, se muestran más autorizadas que otras para tomar la palabra. Si bien el diagnóstico homogeniza a las personas bajo cierto estigma, la categorización de sus cuerpos por clase, raza y género también jerarquiza sus posibilidades de acceder a los medios institucionales que gestan los testimonios.

Así, por ejemplo, en muchos de los testimonios se observa la inclinación de las instituciones hacia una centralidad en la identidad gay. Según Vargas (2014), esta categoría se encuentra atravesada por la clase y la raza, en tanto que promulga un modelo coherente entre género y sexo, centrado en una identidad. Esto permite una mayor facilidad de incorporación al sistema económico de pro-

ducción y resulta ser más asequible para personas blanqueadas, masculinizadas y de clases medias y altas, lo que termina por excluir otro tipo de identidades, tales como aquellas personas que, a pesar de tener relaciones homoeróticas, no se identifican con ninguna categoría homosexual.

Esta exclusión de clase es, a su vez, una exclusión de género que ha caracterizado la epidemia, lo que ha dificultado que las mujeres puedan tomar la palabra. Al mismo tiempo, ellas se han visto poco representadas como afectadas por el virus, fenómeno que Lina Meruane (2012) denominó el “síndrome de la desaparición femenina”, y que grupos feministas han señalado como una forma de marginalización, materializada en la falta de atención médica y preventiva específica para las mujeres.

“Podríamos afirmar que hay condiciones que posibilitan y acrecientan una marginalidad y triple vulnerabilidad: ser mujer, carecer de recursos económicos y vivir con VIH o SIDA.” (SI-PAM, 2008:3) El texto citado forma parte de la introducción de un compendio de testimonios narrados solamente por mujeres. Es sin duda un esfuerzo por abatir las marginaciones a las que hace referencia y lograr que la mujer acceda a una representatividad mayor en relación con el virus. Así de este modo se intenta dar voz a un grupo excluido de los medios de producción escritural del testimonio. Sin embargo, no se trata de una tarea fácil. La mujer al ser diferenciada del hombre por su cuerpo biológico supone un esencialismo de la identidad de ser mujer “reuniversable como tal en su genericidad absoluta (...) sin considerar el modo en que representación e identidad se hacen y deshacen en el transcurso del texto” (Richard, 1993, p. 130). Lo que supone que la verdad íntima que busca develar el testimonio es la verdad

del cuerpo individual; de su género entendido en términos de sexo, de su erotismo en términos de sexualidad, de su afectividad en términos de padecimiento, y de su enfermedad en términos de contaminación y peligro. Aunque también pone sobre la mesa que las poblaciones *subalternas* deben abandonar ese estatus para acceder al testimonio, y alinearse a cierto discurso universalista, ya que la estructura misma de la narración dictamina ciertas rutas, algunos pasajes obligatorios, por los que las relatoras deben desfilarse y que parecen quedar ocultos⁷.

“Yo cambié, había dejado de ser la mujer sumisa, empecé a ser diferente, salió la que verdaderamente soy, terminé diciendo: “Tú eres lo que yo quiero que seas para mí. Ahora se van a hacer las cosas como yo quiero y digo”.” (SIPAM, 2009, p. 49) Notamos que, al igual que en los demás testimonios, se exalta la figura individual voluntarista; la heroicidad del personaje en aras de una superación personal; así como una desinhibición que señale al sujeto como responsable de su propio proceso de salud al adueñarse de su cuerpo y sus padecimientos, convirtiéndose en un sujeto activo en lugar de uno que padece la enfermedad.

El cuerpo en la palabra. Renacer

“Porque gracias a todos ustedes que forman parte de esta institución, yo E.R.V., he vuelto a nacer y aprendido a seguir mi vida con mi nueva condición de salud, sin sentirme como una persona de segunda o tercera categoría.” (CIENI, 2011, p. 57). En los testimonios se hace referencia constantemente a este re-nacimiento que implica el

⁷ La mayoría de estos testimonios han sido elaborados a manera de entrevista, el discurso se encuentra de cierto modo dirigido y en su transcripción han sido eliminadas las preguntas, lo que demarca un poder sobre el texto, al ocultar la forma que se ha producido y donde la interlocución ha sido suprimida.

diagnóstico. El cual, de acuerdo con Comaroff y Comaroff (2013) remite a los movimientos de regeneración pentecostales que se ha difundido fuertemente en el sur global. En los testimonios podemos ver como este término ha sido asociado al de resiliencia bajo un lenguaje psicológico, pero también al de empoderamiento con implicaciones más sociales. La adopción de este patrón híbrido por parte de los grupos religiosos, de autoayuda o terapéuticos, está vinculado a un pragmatismo que embona con la encomienda principal del testimonio: la creación de una nueva vida. Como se explicó más arriba, este cambio se encuentra enmarcado por una regeneración moral que comienza con la ruptura biográfica que implica el diagnóstico. Sin embargo, esta característica hace que la cuestión se complejice y visibiliza distintas aristas. En los testimonios citados en este texto, la posibilidad de esta nueva vida se encuentra fuertemente marcada por los avances farmacológicos de la fecha y su ingesta medicamentosa; de modo que el fármaco al permitir evadir la muerte hace posible una renovación. Este renacimiento adquiere una connotación no sólo moral o espiritual, sino también biológica.

Pensar el sida implica reconsiderar la división política entre *zoe* y *bios*, la primera refiere a la vida biológica o animal y a la segunda como una vida política, es decir, con atributos humanos. Se ha dado una discusión, sobre todo en África, sobre el hecho de considerar al VIH/SIDA como una auténtica tanatopolítica, en donde los afectados son reducidos a una simple *vida desnuda*, en referencia a Agamben (Comaroff y Comaroff, 2013). Es un hecho que sobre los cuerpos enfermos impera una posibilidad de ser descartables. Sin embargo, este renacimiento característico del VIH pone en duda si un desnudamiento de la vida pueda ser efectuado soberanamente de manera íntegra. En

los testimonios la demanda por la posibilidad de una vida biológica enmarca, al mismo tiempo, una vida *más allá* de la nuda vida; pues el testimonio siempre implica una búsqueda del reconocimiento del otro, de ahí su carácter colectivo ligado a instituciones y grupos de autoayuda. Este revivir implica regresar de un estado de muerte social, un vencimiento de la vida sobre la muerte, posibilitado por la permanencia del cuerpo biológico, pero también por la palabra que se pronuncia ante otros. Cuerpo y palabra se sostienen mutuamente en el relato del testimonio; vivir implica ambos.

En los testimonios la vida no se reduce a la sobrevivencia posibilitada por el fármaco, sino que implica un plan, una construcción. La sobrevivencia se relaciona comúnmente a una sobrevida biológica, o a la vida después de un evento traumático de manera pasiva; pero también, como sugiere Fassín (2007), en los *sobrevivientes* del VIH/sida, esta puede entenderse en un sentido activo del sujeto, que implica, por un lado, la restitución de la subjetividad que le fue arrebatada, pero también la posibilidad de contarse entre los vivos en el simple hecho de continuar con vida, porque sobrevivir es vivir de manera más intensa.

La vida más que la vida, es lo que expresan los testimonios en un discurso afirmativo. Implica, por lo tanto, una intensidad que emana de la vida misma, o de la fuerza y el coraje ante la adversidad.

Sin embargo, también se hace posible una especie de ruptura con este tipo de historia; lo que se consigue gracias a un carácter metonímico, pues el sobreviviente, ante el VIH en este caso, puede ser cualquiera. Si bien, el testimoniante reinicia su vida desde una posición diferente, esta tiene que ver más con una posición promovida por el testimonio, a la que todos deben o deberían llegar,

y no sólo a una posición de privilegio. La nueva vida implica a su vez una lucha por el acceso universal al fármaco y a la atención médica, así como a una vida digna. De ahí que contenga un carácter político, aunque este sea diferente de las políticas tradicionales. La importancia del cuerpo biológico y la búsqueda del acceso a los medios para preservarla, en el caso del VIH/sida, trajo consigo formas distintas de pensar el cuerpo y su relación con la política, lo que supera la idea de una soberanía sobre la *nuda vida*. Lo que se observa sobre todo en países donde esto se vivió como una urgencia ante la muerte. (Comaroff y Comaroff).

De este modo, aunque la vida intenta ser capturada, tanto por el sistema médico en su conjunto, como por la representación escritural, su incorporación a los dispositivos no resulta de manera intacta. Si es a través del cuerpo biológico que se erige una política de control sobre el sujeto, es su carácter inaprensible, el que sobrepasa la misma pretensión biologicista; lo que conforma un nuevo sujeto político al convertir la vida misma en un plan colectivo. Esto se observa en muchos de los testimonios donde los sujetos se transforman en sobrevivientes, no en un sentido pasivo, sino que buscan que su vida se torne ejemplar y modificar también la vida de otros. La identificación con otros afectados por el virus, aunque con limitaciones, implica un deseo de modificar las condiciones de adversidad a las que el sujeto se enfrenta. Expresa una relación ética en tanto que implica el cuidado de sí como el cuidado de otros, expresado a través del cuerpo biológico. Establece lazos solidarios y de cooperación, de compañía ante las dificultades. El testimonio del VIH, a pesar de su posible individualismo, generalmente revela una necesidad de los otros ante la enfermedad.

Cuando realicé esa primera reunión para conocernos y darnos apoyo, me empecé a dar cuenta de que muchas y muchos de nosotros teníamos problemas en común relacionados con nuestra condición, por ejemplo, en lo que respecta a la atención médica (SIPAM, 2009:21).

Compartir la experiencia es medular para el testimonio. Al mismo tiempo su publicación escrita implica un *más allá* de los grupos en los que se gesta, pues también resulta una invitación para fomentar la incorporación de personas a los grupos e impulsar la realización de actividades concretas.

Su sentido jurídico se engarza con uno político. Respecto al primero, al compartir la experiencia, el sujeto busca resarcir un daño provocado; daño que ha sido causado por la situación social más que por la enfermedad. La discriminación, el estigma y las dificultades para acceder a una calidad de vida son denunciados, al mismo tiempo que se busca mostrar la inocencia ante la culpabilidad que le había sido imputada por su propia situación de enfermedad⁸. El testimonio señala una situación de injusticia. Sin embargo, esta no queda registrada en el nivel de un padecimiento del cuerpo, implica una postura, ante los otros y ante la situación que se vive; implica una estrategia de supervivencia en el sentido que mencionábamos arriba. De modo que el cuerpo no queda reducido a su sufrimiento, ni el sujeto a su situación de víctima.

Un cuerpo creador, es lo que, la mayoría de las veces se suscita en el testimonio; no sólo en tanto generador de un discurso, sino de una acción, de una idea, de una estrategia. Como se expresa

en los testimonios, la vida implica una construcción, un plan, un despliegue de las potencialidades humanas. El reclamo de vida que el sujeto exige para sí implica una concepción de cuerpo que supera la dicotomía *zoe-bios* propuesta por Agamben. Pero también supone una imbricación inherente del cuerpo dentro de esa vida *más allá de la vida*. Lo cual no supone un aislamiento de la esfera pública, sino que este cuerpo puede tornarse altamente intervenido por el poder, pero también profundamente contestatario ante el mismo. Aún en su individuación no se borra su posibilidad de relacionarse con otros cuerpos. A pesar de su biologización el cuerpo no deja de crear imágenes y metáforas.

El virus, los fármacos, la institución médica y el cuerpo mismo son metaforizados para su incorporación a la vida, a pesar de la idea de Sontag (2003) de una desmetaforización a causa de una comprensión científica más acabada del virus (el mito occidental del progreso). La vida no deja de ser metáfora inagotable aun cuando necesita adherirse a un orden biomédico; incluso parece resaltar más su carácter espiritual en situaciones de adversidad extrema; aún bajo el paradigma inmunológico, el cuerpo llama a otros, necesita de los otros. El cuerpo posibilita un tropo en el lenguaje precisamente por su indeterminación en él, por su imposibilidad de ser capturado completamente por el mismo.

Así, el espacio de la conciencia resulta poblado exclusivamente por la misma inscripción sinérgica del cuerpo -como sistema- en un orden de sistemas más extenso, que en él se proyecta y reverbera. Es así que las imágenes que constituyen su registro específico no provienen de un lugar aislado y distinto, sino que son pura contaminación, pura exterioridad. Es por esto

⁸ “Todas las personas con SIDA son inocentes” invoca un lema del grupo activista ACT UP

*que el sida rompe (al tiempo que el del sujeto)
el sueño del lenguaje -como lugar separado)*
(Brea, 1995:12).

No hay lenguaje sin cuerpo. En los testimonios este se hace presente transformando el discurso. La *epidemia de significación* se torna afirmativa al provenir del carácter de sobrevivencia, de esa lucha por la vida que es la vida misma. Lo que no supone ya un cuerpo biológico, sino uno inherentemente ligado la vida como proyecto. El VIH/sida implica “una política capaz de vincular una concepción no tan nuda de la vida a una práctica más robusta de la ciudadanía” (Comaroff y Comaroff, 2013, p. 291)

Las referencias de este texto son mis recuerdos, vivencias y emociones, escribiendo desde el corazón y desde la firme creencia de que el ejercicio de la verdad y la honestidad es el único camino para levantar todos los velos de estigmas que envuelven al SIDA (CIENI, 2011: 173).

Sin duda existen voces que no llegan al testimonio. Las instituciones de salud se tornan inaccesibles para ellos. Sin embargo, el testimonio revela que su incorporación es requerida, como proyecto político, y que las estrategias para ello son posibles. En el párrafo citado se hace una invocación a sanar las heridas de una sociedad. Se necesita de fuerza, respuestas y sobre todo verdad; el testimonio apela a una verdad que transforma; tal como el renacimiento de sus testimoniantes implica un nuevo acontecer de la vida. La herida que envuelve al VIH/sida no se limita a la de un cuerpo individual, sino que se ubica en un cuerpo colectivo; enmarcado por una política que pareciera despojar a los sujetos de todo derecho sobre su vida, pero cuya lógica de exclusión y silencio parece responder más al poder del capital que a uno

soberano (Comaroff y Comaroff, 2013); el *nuevo orden mundial* se encarna. Pero también se clama la posibilidad de la acción; y tornar esas políticas de muerte hacia un renacer, un nuevo comienzo orientado no por la muerte sino por el eros.

Hacia futuras reflexiones. La desaparición del lazo grupal y la farmacologización de la vida

Ante una mirada panorámica general en México, si bien aún existe el uso del testimonio como forma de acción política esta ha dejado de ser financiada por organismos estatales ligados a organizaciones internacionales y se ha vuelto un fenómeno más bien local realizado por organizaciones de la sociedad civil, gobiernos estatales o por medios de comunicación masiva⁹.

Otra de las características que se han visto mermaidas es la propuesta colectiva que solían tener los testimonios a través del compendio. Tornándose más bien en testimonios individuales desligados de cualquier tipo de grupalidad. La respuesta a que se estén suscitando estas características podría ubicarse en que se han vuelto dispositivos poco necesarios para el poder, en el sentido foucaultiano. Esta lectura nos haría cuestionar, por un lado, si la funcionalidad del testimonio se tornó obsoleta porque logró su propósito o, por otro lado, porque las condiciones históricas se modificaron. En realidad, dicha inquietud supera el motivo de este escrito. Como hipótesis para futuras investigaciones propongo que, por un lado los grupos han dejado de ser un espacio relevante hoy en día debido a que la secrecía que rondaba el virus es cada vez menor, sobre todo, en la población de hombres *gays* (que siempre han encabezado las acciones respecto al virus tanto por representatividad como

⁹ Como el compendio realizado por la organización civil “Convivir con VIH” en el 2020 o la campaña “Vivir con VIH/sida en México, rostros y testimonio” realizada por el gobierno de la Ciudad de México en el 2019.

por tamaño de población afectada) es común que personajes públicos o anónimos *salgan del clóset* respecto a su estado serológico, algo que ha sido posibilitado principalmente por las redes sociales. Esto va de la mano con una reducción del estigma sobre las personas que tienen el virus debido al lema “indetectable = intransmisible”¹⁰. Los fármacos permiten una reducción de la carga viral que no sólo previene el síndrome de inmunodeficiencia sino también la transmisión del virus a cualquier otra persona.

A la par, la reducción del estigma se ha visto posibilitada por el avance farmacológico: cada vez es más evidente que los tratamientos antirretrovirales se han vuelto la solución a las posibles enfermedades derivadas del virus. Pero esto, no aplica solamente respecto a las personas seropositivas sino también a las personas que no tienen el virus. La difusión de los tratamientos profilácticos pre y postexposición (Prep y Pep) han configurado formas de prevención posibilitadas por los fármacos más eficaces que el uso del preservativo. Si bien, en México, la implementación de ambos esquemas profilácticos se había llevado a cabo desde el 2012 a pequeña escala, es en el 2018 cuando surge el ImPreP (proyecto de implementación de profilaxis preexposición) que recabó datos hasta el 2021 donde más de tres mil participantes evitaron la transmisión del virus. Esto ha hecho que el uso de la Prep se haya popularizado y que el uso del TAR sea más común incluso en personas que no tienen VIH. Esto puede estar dando respuesta a un proceso de farmacologización (Bianchi, 2018) donde los fenómenos de subjetivación planteados más arriba ya no están configurados

10 La implementación del TAAR genera una reducción de la carga viral en el organismo que este se vuelve “indetectable” ante ciertas formas de medición, por otro lado, se ha demostrado que una persona con carga viral indetectable no transmite el virus, por lo que la detección y tratamiento antirretroviral se ha vuelto una estrategia no solo de desestigmatización sino también epidemiológica.

del mismo modo, sino que las tecnologías del *yo* son producidas en relación con la industria farmacéutica, es decir, se trataría de un *yo* consumista con una corporalidad totalmente individualizada configurada por nuevos dispositivos.

En este sentido lo que he venido desarrollando respecto al testimonio como dispositivo continúa siendo relevante pues da cuenta de la incorporación de los sujetos en un proceso de medicalización donde las identidades que se configuran discursivamente quedan capturadas por las estructuras instituidas. Tal como propone Esposito (2011) respecto a los dispositivos, el testimonio permitió la escisión del sujeto de su propia corporalidad para permitirle operar sobre ella y gestionar sus flujos materiales, semióticos y deseantes. Sin embargo, esta operación de sujeción no implica que el poder quede intacto, sino más bien la afirmación de la vida hace tambalear los discursos, lo que hace que la *verdad* impuesta sobre el sujeto que lo objetiva, se vuelva más bien un campo de disputa hacia el poder. En este sentido trata de una restauración respecto a la injusticia testimonial, lo que Fricker (2017) refiere “cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido” (p. 17). Esto es ocasionado por las estructuras sociales que desacreditan ciertas identidades fijándolas a ciertos estereotipos desde los cuáles son leídas. En el caso del VIH el testimonio funge como una restauración de la identidad que se vio afectada por el estigma, será importante entonces, analizar cómo esta práctica discursiva no solo permite a los sujetos reapropiarse de su propia experiencia, sino también disputar los marcos normativos que los han definido, lo que ha permitido mejorar las condiciones de vida de las personas con VIH. Así, el testimonio como dispositivo no solo se inscribe en un proceso de

medicalización, sino que también se convierte en un acto político que desafía las estructuras de poder, lo que abre la posibilidad de resignificar las subjetividades que han sido históricamente mar-

cadadas por la exclusión. Es imperante, por lo tanto, resaltar las acciones colectivas frente al escenario actual de objetivación del cuerpo e hiper-individualización del sujeto.

Referencias bibliográficas

- AGAMBEN, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?, *Sociológica*, Vol. 26, Núm. 73: 249-264.
- ALTMAN, D. (1999). Globalization, political economy, and HIV/AIDS, *Theory and Society*, Vol. 28, Núm. 4: 559-584.
- ANDERSON, L. (2001). *Autobiography. The new critical idiom*. Stirling, Reino Unido: John Drakakis editor, University of Stirling.
- BEVERLY, J. (1987). Anatomía del testimonio, *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, Vol. 13, Núm. 25: 7-16.
- BIANCHI, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad, *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol. 8, Núm. 2: 214-257.
- BREA, J. (1995). Sida, el cuerpo inorgánico, *Acción Paralela: Ensayo, Teoría y Crítica de la Cultura y el Arte Contemporáneo*, Vol. 1: 5-23.
- BUSTOS, G. (2010). La irrupción del testimonio en América Latina: intersecciones entre historia y memoria. Presentación del dossier “memoria, historia y testimonio en América Latina”, *Historia Crítica*, Vol. 1, Núm. 40: 10-19.
- CASTILLEJO, A. (2007). La globalización del testimonio: historia, silencio endémico y los usos de la palabra, *Antípoda*, Vol. 4: 76-99.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (CIENI) DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER) Y FUNDACIÓN MÉXICO VIVO. (2011). *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. Ciudad de México, México.
- COMAROFF, J. y COMAROFF, J. (2013). *Teoría desde el sur. O cómo los países centrales evolucionan hacia África*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS MÉXICO, SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER A.C. (SIPAM), CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA E INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EDUCATIVO PARA LA ACCIÓN SOCIAL A.C. (2009). *Historias de mujeres VIH*. Ciudad de México, México.
- COMITÉ HUMANITARIO DE ESFUERZO COMPARTIDO CONTRA EL SIDA A. C. (CHECCOS A.C.) Y CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA (COESIDA). (2009). *Realidad-es más que VIH*. Guadalajara, México.
- ESPOSITO, R. (2005). *Inmunitas. Negación y protección de la vida*. Madrid, España: Amorrortu.
- ESPOSITO, R. (2011). *El dispositivo de la persona*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- FASSIN, D. (2007). *When bodies remember. Experiences and politics of AIDS in South Africa*. California, EE.UU.: University of California Press.
- FOUCAULT, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid, España: Ediciones La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (2015). *Tecnologías del yo*. Barcelona, España: Paidós.
- FOUCAULT, M. (2021). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- FRICKER, M. (2017). *Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento*. Barcelona, España: Herder.
- GONZÁLEZ, M. (2018). Política hacia la prevención y el control del VIH-Sida y el caso FRENPAVIH para el acceso universal en México, *VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales*. Cuenca, Ecuador: Memoria académica de Universidad Nacional de La Plata.
- HARAWAY, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.
- MERUANE, L. (2012). *Viajes virales. La crisis del contagio global en la escritura del sida*. Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica.
- RICHARD, N. (1993). *Masculino/Femenino: prácticas de la diferencia y cultura democrática*. Santiago, Chile: Francisco Zegers Editor.
- SARLO, B. (2005). *Tiempo pasado. Cultura de la memoria y giro subjetivo. Una discusión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- SONTAG, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid, España: Punto de Lectura.
- SPIVAK, CH. (2003). ¿Puede hablar el subalterno?, *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 39: 297-364.
- STAKE, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Morata, S.L.
- TREICHLER, P. A. (1987). AIDS, homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification, *AIDS: Cultural Analysis/Cultural Activism*, Vol. 43: 31–70.
- VARGAS, S. (2014). Saliendo del clóset en México, gay, queer y maricón. En PARRINI, R. y BRITO, A. (Ed.), *La memoria y el deseo. Estudios gay y queer en México*. Ciudad de México, México: Programa Universitario de Estudios de Género