

ISSN: 2007-5790

PROBLEMA SALUD

PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 19 / NÚMERO 37 / ENERO-JUNIO 2025

**Entornos y programas
alimentarios
Epidemiología comunitaria
COVID-19
Mujeres y muerte gestacional
Salud mental y trabajo**



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 19, No. 37, enero-junio de 2025, 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: 31 de julio de 2025. Tamaño del archivo 1.2 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

9 AUTORES Y AUTORAS

ARTÍCULOS

- 13 **Entornos alimentarios en un barrio popular al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un estudio desde la epidemiología local comunitaria**
Food environment in a low-income neighborhood in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires. A study based on local community epidemiology
Lucia Pelatelli
Agustina Lourdes Galletti
Verónica Analía Minassian
Maria Silvina Dupraz
Andrea Nora Gómez
- 31 **“Si ellos nos hacen ese gran favor, pues también uno hay que cooperar”:**
prácticas clientelares en los programas alimentarios en una comunidad
indígena del Estado de México
“If they do us this big favor, then we have to cooperate”: *clientelist practices*
at food programs in an indigenous community from the State of Mexico
Katia Yetzani García Maldonado
Miriam Bertrán Vila

ENSAYOS

- 47 **Atención Primaria de Salud durante la pandemia de COVID-19:**
análisis cualitativo de textos
Primary Health Care during the COVID-19 Pandemic: qualitative
analysis of texts
Luis Ángel González Rojo
Andrea Elizabeth Araujo Saldivar
Gustavo Ruiz Rafael
Roselia Arminda Rosales Flores

- 70 **Más allá del riesgo: Un enfoque crítico sobre la muerte gestacional desde la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana**
Beyond risk: A critical approach to gestational death from Social Medicine and Latin American Collective Health
Ignacio Javier Herrera Soto
Carolina Tetelboin Henrion
- 84 **Vida mental: una propuesta para el estudio de la mente en su relación con el trabajo**
Mental life: a proposal for the study of the mind in its relationship with work
Eduardo Minero García

Editorial del Nro. 37

Revista Salud Problema

Damos la más cordial bienvenida a las y los lectores al número 37 de nuestra revista. En este primer semestre de 2025, el escenario internacional y regional ha estado marcado por grandes tensiones y profundas transformaciones. La ruptura del multilateralismo, los graves recortes financieros a los organismos internacionales de salud y el debilitamiento de los ideales de salud global y salud universal ponen en entredicho muchos de los principios que durante décadas orientaron la cooperación internacional en salud.

Ello ocurre mientras hay un recrudecimiento de las desigualdades estructurales y persisten guerras y conflictos armados, de entre los que destaca el terrible genocidio palestino que perpetra Israel, apoyado económica y materialmente por Estados Unidos, en complicidad con muchos países europeos. La OMS ya ha advertido que la población de Gaza sufre hoy condiciones de hambruna fatales que Israel provoca deliberadamente, comprometido por completo con el exterminio palestino y limpieza étnica de la Franja. Los horrores más recientes incluyen los disparos indiscriminados hacia quienes intentan conseguir alimentos que hoy distribuyen mercenarios de la Gaza Humanitarian Foundation, una empresa privada infame y criminal creada por Trump y Netanyahu; la prohibición total de ingreso de sucedáneos de leche materna que salvarían a lactantes extremadamente desnutridos, a las infancias gazatíes; y los continuos asesinatos de niñas y niños con heridas que los francotiradores dirigen a ciertas partes del cuerpo según el día de la semana. Todo esto ha generado nuevas protestas masivas en muchos países del mundo, que han provocado tanto niveles de represión que no se habían visto en las últimas décadas -por ejemplo, en Alemania- como graves retrocesos en materia de libertad de expresión y derechos políticos -como en Reino Unido, en donde se aplica la ley antiterrorista a quienes protestan por la causa palestina. Sin embargo, el nivel del horror es tal que ni la prensa más aliada a los poderosos puede ocultarlo y los gobiernos cómplices han tenido que hacer algunas tibias declaraciones en contra de estos crímenes contra la humanidad, por la enorme cantidad de imágenes y videos que circulan por la esfera digital, mostrando los cuerpos infantiles con señales de emaciación, la absoluta destrucción física de Gaza y la crueldad extrema de sus verdugos.

Varios países latinoamericanos como Colombia, Chile, Brasil y Bolivia condenan abiertamente el genocidio y la gran mayoría de los países de la Asamblea General de las Naciones Unidas han votado por un alto el fuego inmediato, incondicional y permanente en Gaza, al igual que la liberación inmediata de todos los rehenes, la entrada de ayuda humanitaria irrestricta, y la rendición de cuentas de parte de Israel. Sin embargo, nada de esto ha logrado detener la maquinaria de guerra y muerte de Israel. Ha sido la Relatora Especial de la ONU sobre la situación de los derechos humanos en los territorios palestinos, Francesca Albanese, quien con su voz valiente

y clara ha denunciado la articulación doblemente siniestra entre el capital y el genocidio, pues poderosas empresas, muchas de ellas transnacionales, obtienen grandes ganancias con esta política de muerte y seguirán apoyando su implementación sin importar las violaciones al derecho internacional humanitario.

Desde que Donald Trump regresó al poder en 2025, las operaciones de ICE (Immigration and Customs Enforcement's) han experimentado una escalada sin precedentes: se ha registrado un aumento de aproximadamente el 268 % en detenciones diarias respecto al año previo, alcanzando jornadas de hasta 2 000 arrestos, muchos de los cuales apuntan a personas sin antecedentes penales ni delitos violentos, contrariamente a sus promesas de centrarse en “criminales peligrosos”. Los centros de detención albergan ahora hasta 55 000 personas, superando ampliamente la capacidad autorizada por el Congreso, en condiciones que múltiples organismos y defensores de derechos humanos describen como alarmantemente inhumanas, con hacinamiento, falta de alimento, atención médica deficitaria y muertes en custodia que ya superan las cifras de años anteriores. Paralelamente, se han implementado políticas como deportaciones aceleradas sin audiencia, remociones a terceros países con notificación de apenas seis horas, y vigilancia masiva mediante tobilleras GPS, incluso para migrantes sin cargos penales, estrategia que ONG y activistas califican de invasiva, punitiva y contraria a principios fundamentales del debido proceso

En términos de derechos humanos, este giro represivo implica preocupaciones graves: detenciones indiscriminadas, negligencias médicas, deportaciones sumarias y la criminalización de comunidades marginadas—incluyendo detenidos que resultaron ser ciudadanos estadounidenses—configuran un régimen que vulnera garantías constitucionales y pone en riesgo la integridad y los derechos de millones de personas. Sumado a la represión que se produce hacia las protestas pro Palestina, están configurando un mundo distinto, en el que los derechos humanos tendrán un lugar cada vez menor.

En América Latina, el ejemplo más complejo actualmente es Argentina. Bajo el mandato de Javier Milei, múltiples organismos de derechos humanos han alertado sobre retrocesos sistemáticos en libertades fundamentales. El gobierno ha eliminado organismos clave como INADI y reducido drásticamente los presupuestos destinados a combatir la desigualdad de género y violencia contra mujeres y personas LGBT, mientras disolvía el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad. Amnistía Internacional y Human Rights Watch han denunciado la práctica sistemática de criminalización de la protesta, uso excesivo de fuerza contra manifestantes y periodistas, e inhibición del derecho a expresarse libremente, reforzada por protocolos policiales coercitivos y campañas de estigmatización desde el poder. Además, Naciones Unidas ha advertido sobre presiones al Poder Judicial, detenciones sin garantías legales y un proyecto político que amenaza la independencia institucional y atenta contra normas democráticas esenciales. Finalmente, organizaciones como Amnesty han señalado que las reformas impulsadas

por Milei han implicado un “rápido retroceso” en derechos sexuales y reproductivos, incluso dificultando el acceso a abortos o atención sanitaria segura en varias provincias.

Vivimos tiempos difíciles. Pero también son tiempos que nos convocan a persistir, a fortalecer los lazos entre quienes compartimos una mirada crítica del mundo, a defender el derecho a la salud y a renovar el compromiso con la equidad y la justicia social. Por eso es crucial preservar y mantener nuestros vínculos latinoamericanos de solidaridad, pensamiento crítico y lucha colectiva. En mayo de este año se celebró la IX Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales de CLACSO en Bogotá, donde la salud fue un importante eje del debate. Y en agosto, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) conmemorará sus 40 años de historia con un Congreso en el que se encontrarán, una vez más, las voces y los caminos de la Medicina Social y la Salud Colectiva del continente. En 2025, la OPS (Organización Panamericana de la Salud) lanzó una “comunidad de práctica” con 16 países para fortalecer la respuesta del sector salud ante la violencia contra mujeres y niñas, intercambiando protocolos efectivos y lecciones regionales para mejorar atención y registro clínico

En México, celebramos con orgullo los 50 años de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, una trayectoria académica que ha contribuido a formar generaciones de profesionales comprometidos con la transformación de las condiciones de vida y salud de los pueblos. Editamos un número especial de la revista Salud Problema que ya está en línea y que reúne testimonios y documentos fundacionales y significativos.

Con el mismo espíritu de celebración, les invitamos a leer el número 37 de Salud Problema. En esta entrega, les ofrecemos trabajos que abordan los temas comunitarios, el modelo de Atención Primaria en Salud y las miradas hacia las desigualdades y determinaciones. Dirigir la mirada y los análisis hacia las prácticas y acontecimientos que ocurren en nuestros territorios nos parece fundamental como formas de disputar sentidos en un contexto internacional de retrocesos de derechos humanos y garantías mínimas de subsistencia.

El primer artículo de este número está titulado “*Entornos alimentarios en un barrio popular al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un estudio desde la epidemiología local comunitaria*” y fue escrito por Lucia Pelatelli, Agustina Lourdes Galletti, Verónica Analía Minassian, María Silvina Dupraz y Andrea Nora Gómez. Las autoras, a partir del uso de la epidemiología comunitaria analizan el entorno alimentario externo e interno de un barrio al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se destaca la presencia mayoritaria de espacios de venta de productos ultraprocesados y estrategias locales de las personas para hacer frente a las dificultades de acceso a alimentos económicos y saludables.

Por su parte, el trabajo llamado “*“Si ellos nos hacen ese gran favor, pues también uno hay que cooperar”*: prácticas clientelares en los programas alimentarios en una comunidad indígena del Estado de México”, de Katia Yetzani García Maldonado y Miriam Bertrán Vila, expone

cómo el clientelismo político opera en contra del reconocimiento de la alimentación suficiente y adecuada como un derecho humano básico y genera vínculos de carácter informal entre las comunidades y el Estado.

El apartado de los Ensayos, comienza con el escrito denominado “*Atención Primaria de Salud durante la pandemia de COVID-19: análisis cualitativo de textos*”, redactado por Luis Ángel González Rojo, Andrea Elizabeth Araujo Saldivar, Gustavo Ruiz Rafael y Roselia Arminda Rosales Flores. En este ensayo se analizaron artículos científicos sobre Atención Primaria de Salud (APS) para identificar las nociones teóricas, así como las prácticas realizadas durante la emergencia sanitaria. Se destaca la diversidad de concepciones relacionadas con la APS en las estrategias desarrolladas durante la pandemia por COVID-19, lo cual da cuenta de la necesidad de recuperar las nociones originarias de la Declaración de Alma Ata y la urgencia de reorientar los servicios de salud.

En el ensayo “*Más allá del riesgo: Un enfoque crítico sobre la muerte gestacional desde la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana*”, escrito por Ignacio Javier Herrera Soto y Carolina Tetelboin Henrion, se problematiza la noción de “factor de riesgo” que, invisibiliza las condiciones estructurales que perpetúan inequidades y violencia obstétrica. En contraste, se propone que cómo una perspectiva crítica permite evidenciar la precariedad laboral, las violencias simbólicas y materiales, y las dinámicas de exclusión social moldean las experiencias de las mujeres que cursan una muerte gestacional.

Por último, el escrito titulado “*Vida mental: una propuesta para el estudio de la mente en su relación con el trabajo*”, de Eduardo Minero García, nos invita a reflexionar sobre la relación entre la mente y el trabajo mediante la propuesta de vida mental que permite incorporar al análisis las contradicciones estructurales de la sociedad capitalista y sus manifestaciones en el malestar de los sujetos durante los procesos de trabajo.

Como se puede observar, este número recoge diferentes temas clásicos de las perspectivas críticas en salud. Sostener la publicación de la Revista Salud Problema, como un espacio que aloja miradas contrahegemónicas de los procesos de salud-enfermedad, nos parece fundamental para debatir y propender a la construcción de sociedades con escenarios más justos, donde la salud sea un derecho para todos y no un privilegio para pocos. En este sentido, aprovechamos la oportunidad para invitarles a publicar en el próximo dossier temático “Aproximaciones críticas a las diferencias en las prácticas de salud-enfermedad-atención-cuidado”, cuyas especificaciones pueden encontrar en nuestras redes sociales, para que sigamos tejiendo este espacio de encuentro y reflexión.

Soledad Rojas Rajs
Agustín Pernia

Comité Editorial de la Revista Salud Problema

Autores y Autoras

ANDREA ELIZABETH ARAUJO SALDIVAR

Licenciada en Nutrición Humana por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X) y licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel San Lorenzo Tezonco. Es estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Sus líneas de investigación son: derecho a la alimentación, inseguridad alimentaria en personas adultas mayores, salud sexual y salud reproductiva. Correo electrónico de contacto: andelizabetharaujo@gmail.com

MIRIAM BERTRÁN VILA

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana, maestra en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana y doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona, España. Es Profesora Titular de Carrera Nivel C de Tiempo Completo en el Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana. Sus líneas de investigación son: alimentación, cultura y salud; globalización y vida cotidiana. Correo electrónico de contacto: mbertran@correo.xoc.uam.mx

MARIA SILVINA DUPRAZ

Licenciada en Nutrición por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Fue residente en la Residencia de Nutrición del del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Es nutricionista de planta del Centro de Salud y Acción comunitaria N°35, Área Programática Hospital Penna. Fue coordinadora del Programa Nutrición y de la Residencia de Nutrición en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Participa en el proyecto de investigación en curso: “Situación nutricional y análisis de los entornos alimentarios de niños, niñas y adolescentes en Villa 21-24 y NHT Zavaleta de la Ciudad de Buenos Aires” (directora: Lic. Lucía Pelatelli). Correo electrónico de contacto: sidupraz@gmail.com

AGUSTINA LOURDES GALLETTI

Antropóloga por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y especialista en Metodología de la Investigación Científica por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Es residente de la Residencia Posbásica de Investigación en Salud (Dirección Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional - Ministerio de Salud GCBA). Miembro del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos Dr. A. Zubizarreta. Docente en “Atención Primaria Orientada a la Comunidad” en la carrera de Medicina de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Participa en los proyectos de investigación en curso: “Situación nutricional y análisis de los entornos alimentarios de niños, niñas y adolescentes en Villa 21-24 y NHT Zavaleta de la Ciudad de Buenos Aires” (directora: Lic. Lucía Pelatelli) y “Caracterización de los proyectos de investigación evaluados en los Comités de Ética en investigación (CEI) públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de 2019 a 2023” desarrollado por

el equipo de la Residencia Posbásica de Investigación en Salud. Correo electrónico de contacto: aggalletti@gmail.com

KATIA YETZANI GARCÍA MALDONADO

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana, Maestra en Salud Pública con Área de Concentración en Nutrición por el Instituto Nacional de Salud Pública y estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana. Es Profesora Investigadora de Tiempo Completo en la Academia de Nutrición y Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Durante su trayectoria profesional ha sido investigadora en diversos proyectos de salud pública, ha trabajado en la sociedad civil en la promoción de políticas de nutrición, ha publicado diversos capítulos de libros, artículos científicos y de divulgación, ha sido ponente en congresos nacionales e internacionales y ha sido docente a nivel licenciatura y posgrado. Sus líneas de investigación se enfocan en las políticas y programas de nutrición, los determinantes socioculturales de la alimentación, la educación y comunicación para la nutrición, y la lactancia materna. Correo electrónico de contacto: katia.garcia@uacm.edu.mx

ANDREA NORA GÓMEZ

Licenciada en Nutrición y desde 1996, es profesional de planta del Centro de Salud y Acción comunitaria N°1 y Área Programática de Salud del Hospital General de Agudos José María Penna. Es especialista en Epidemiología y en Metodología de la Investigación Científica por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Participa en los proyectos de investigación en curso: “Situación nu-

tricional y análisis de los entornos alimentarios de niños, niñas y adolescentes en Villa 21-24 y NHT Zavaleta de la Ciudad de Buenos Aires” (directora: Lic. Lucía Pelatelli). Correo electrónico de contacto: andclavier@gmail.com

LUIS ÁNGEL GONZÁLEZ ROJO

Licenciado en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel Cuauhtepac. Es estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Su línea de investigación principal es el campo de acción de las y los promotores de la salud. Correo electrónico de contacto: luis_glez_rojo@hotmail.com

IGNACIO JAVIER HERRERA SOTO

Licenciado en Educación y profesor de Biología y Ciencias Naturales por la Universidad de las Américas, magister en Neurociencias por la Universidad de Chile, y doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Actualmente se desempeña como docente en las carreras de medicina y obstetricia y puericultura, en la Universidad de Valparaíso, sede San Felipe, donde participa en las asignaturas de Salud y Sociedad 1 y 2, en metodología de la investigación y en el internado de atención primaria. Sus líneas de investigación son: epistemología de la salud, determinación social de la salud y violencia obstétrica. Correo electrónico de contacto: ignacio.herrera@uv.cl

VERÓNICA ANALÍA MINASSIAN

Licenciada en Sociología y profesora en enseñanza normal y especial en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA); magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales por la

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). También es egresada de la Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud (RIEPS) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es socióloga de planta del Centro de Salud y Acción comunitaria N° 8 y 49; y docente de grado en las licenciaturas de Enfermería de la Universidad del Hospital Italiano; y en las carreras de Enfermería, Medicina y Terapia Física del Instituto Universitario CEMIC. Participa en el proyecto de investigación en curso: “Situación nutricional y análisis de los entornos alimentarios de niños, niñas y adolescentes en Villa 21-24 y NHT Zavaleta de la Ciudad de Buenos Aires” (directora: Lic. Lucía Pelatelli). Correo electrónico de contacto: veronicaminassian@gmail.com

EDUARDO MINERO GARCÍA

Licenciado en Psicología y maestro en Ciencias en Salud de los Trabajadores por la Universidad Autónoma Metropolitana. Estudiante de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana. Sus líneas de investigación son: trabajo, mente y salud; subjetividad; historia social y economía política; historia oral. Correo electrónico de contacto: eduardo89minero@gmail.com

LUCIA PELATELLI

Licenciada en Nutrición por la Universidad de Buenos Aires (UBA), profesora universitaria en Nutrición por la Universidad del Salvador (USAL) y magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Desde 2012, es profesional de planta en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 35, Villa 21 24, Barracas. También es docente investigadora de la UNLa desde 2012.

Docente de grado y posgrado. Directora de equipos de investigación desde el año 2020 y parte de equipos de investigación desde el año 2012. Investigadora principal del Protocolo de investigación: “Situación nutricional y análisis de los entornos alimentarios de niños, niñas y adolescentes en Villa 21-24 y NHT Zavaleta de la Ciudad de Buenos Aires” con subsidio otorgado por la convocatoria a Investigaciones en Salud multicéntricas 2023, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Correo electrónico de contacto: lucia.pelatelli@gmail.com

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Licenciada en Medicina, con grados de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Es profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en la licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades. Sus líneas de investigación son: condiciones laborales y de salud; régimen de política social; práctica sociales y procesos de salud-enfermedad. Correo electrónico de contacto: roselia.rosales@uacm.edu.mx

GUSTAVO RUIZ RAFAEL

Licenciado en Promoción de la Salud por la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel San Lorenzo Tezonco. Es estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Sus líneas de investigación son: políticas públicas y sociales en personas con discapacidad; representaciones sociales en el ejercicio de la salud. Correo electrónico de contacto: gusrafer19@gmail.com

CAROLINA TETELBOIN HENRION

Licenciada en Obstetricia y Puericultura por la Facultad de Medicina por la Universidad de Chile, maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X) y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Iberoamericana de México. Profesora-investigadora de tiempo completo del Departamento de

Atención a la Salud en la Maestría de Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Sus líneas de investigación son: políticas y prácticas de salud y reformas a los sistemas y servicios de salud latinoamericanos. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO. Correo electrónico de contacto: ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

Entornos alimentarios en un barrio popular al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un estudio desde la epidemiología local comunitaria

Lucia Pelatelli* • Agustina Lourdes Galletti** • Verónica Analía Minassian***
Maria Silvina Dupraz**** • Andrea Nora Gómez*****

RESUMEN

Introducción: Los determinantes de las prácticas alimentarias son múltiples y complejos pero se encuentran fuertemente vinculados a las características de los entornos alimentarios. Estos comprenden tanto los alimentos que se encuentran disponibles y accesibles para la población como las prácticas vinculadas a su adquisición, preparación y consumo, así como las condiciones de acceso físico y económico. Abordar las problemáticas alimentarias desde el análisis de los entornos permite ubicar la responsabilidad de la garantía del derecho a la alimentación en el Estado y no en los individuos. En este sentido, desde la epidemiología comunitaria se definió trabajar, junto con la comunidad, sobre el entorno alimentario de un barrio popular, debido a la preocupación por los elevados índices de exceso de peso de la población residente. Objetivo general: analizar las características del entorno alimentario, en sus dimensiones externa e interna, en un barrio popular del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2023. Materiales y métodos: Diseño observacional, descriptivo, de corte transversal con enfoque metodológico cuanti-cualitativo, realizado durante 2023. Se relevaron lugares de obtención de productos comestibles y se realizaron grupos focales. Resultados: los “*kioscos o tiendas de conveniencia*” superaron en número a las verdulerías. En los grupos focales surgieron dificultades en la disponibilidad y acceso de alimentos en parte por la ausencia de políticas públicas en el territorio. Conclusión: las dificultades encontradas en el acceso y la disponibilidad de alimentos frescos en los lugares de cercanía, explicarían gran parte de la alimentación actual.

PALABRAS CLAVE: epidemiología comunitaria; entorno alimentario; derecho a la alimentación.

* Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. lucia.pelatelli@gmail.com

** Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. aggalletti@gmail.com

*** Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. veronicaminassian@gmail.com

**** Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. sidupraz@gmail.com

***** Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. andclavier@gmail.com

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2025.

Fecha de aceptación: 21 de julio de 2025.

Food environment in a low-income neighborhood in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires. A study based on local community epidemiology

ABSTRACT

Introduction: The determinants of eating practices are multiple and complex but are strongly linked to the characteristics of food environments. These include both the foods available and accessible to the population, as well as practices related to their acquisition, preparation, and consumption, along with the conditions of physical and economic access. Addressing food-related issues through the analysis of food environments allows placing the responsibility for guaranteeing the right to food on the State rather than on individuals. In this regard, community epidemiology defined working together with the community on the food environment of a low-income neighborhood, due to concerns about the high rates of overweight among the resident population. **General objective:** To analyze the characteristics of the food environment, in its external and internal dimensions, in a low-income neighborhood in the south of the Autonomous City of Buenos Aires, during 2023.

Materials and methods: Observational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative-qualitative methodological approach, conducted during 2023. Places where edible products are obtained were surveyed, and focus groups were conducted. **Results:** “Kiosks or convenience stores” outnumbered greengrocers. Focus groups revealed difficulties in the availability and food access, in part due to the absence of public policies in the area. **Conclusion:** The difficulties found in access to and availability of fresh foods in nearby places could explain much of the current dietary patterns.

KEYWORDS: community epidemiology; food environment; right to food.

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son el resultado de la conjunción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales. El continente americano es probablemente donde se dan las mayores disparidades socioeconómicas en el mundo, lo que tiene un correlato directo en los procesos de salud de sus poblaciones (cfr. OPS, 2017). En Argentina, según la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en 2019, estas enfer-

medades representan más del 75% de las muertes a nivel nacional y afectan principalmente a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. En esta misma encuesta, la prevalencia de diabetes o glucemia elevada fue del 12.7%, hipertensión 46.6% e hipercolesterolemia 39.5% (cfr. INDEC, 2019). Esta evidencia se vincula con el aumento sostenido del exceso de peso, que pasó del 49% en 2005 al 66.1% en 2019, con una mayor prevalencia entre los sectores de menores

ingresos (10 puntos porcentuales más que los de mayores ingresos). Estos mismos datos se confirman en los resultados de la 2da Encuesta de Nutrición y Salud (ENNyS 2) realizada en 2019 (cfr. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019), tanto en lo que respecta a los valores de exceso de peso como a las diferencias entre los quintiles de ingresos. Estos últimos datos de exceso de peso son concordantes con los datos de la región que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es del 59% contra el 36.6% que se da en todo el mundo (2017). Asimismo, en Estados Unidos, México y Chile alrededor de siete de cada diez adultos tienen un peso corporal excesivo (cfr. OPS, 2017).

Entre los principales determinantes de esta situación epidemiológica, se destaca la alimentación inadecuada, cuyo impacto ha ido en aumento. En las últimas dos décadas, en Argentina, el consumo de frutas y hortalizas disminuyó un 41% y 21% respectivamente, mientras que el de bebidas azucaradas se duplicó y sólo el 6% de la población cumple con la recomendación de consumir cinco porciones diarias de frutas y verduras (cfr. INDEC, 2019). Esta brecha es aún más pronunciada entre los sectores en situación de vulnerabilidad: el quintil de menores ingresos consume la mitad que el quintil más alto. En la ENNyS 2 (cfr. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) los resultados refieren a que el quintil más alto consume casi el doble de frutas que el quintil más bajo (45.3% vs. 22.8% respectivamente). Además, existe un alto grado de desconocimiento sobre la recomendación, ya que el 50% de la población cree consumir la cantidad adecuada (cfr. INDEC, 2019). Estos datos se corresponden con los reportes de la OPS, que identifican a Argentina, junto con Chile y México, como los países con mayores ventas anuales per cápita

de productos ultraprocesados en la región. Los determinantes de las prácticas alimentarias son múltiples y complejos pero se encuentran fuertemente vinculados a las características de los entornos alimentarios (cfr. Piaggio, 2016). Existe consenso acerca de que los enfoques de intervención individual no son suficientes para mejorar conductas de la población (cfr. Gálvez Espinosa et al., 2017). Estas perspectivas ubican la responsabilidad de la adopción o no de esas prácticas consideradas saludables únicamente en los sujetos (cfr. Gracia Arnaiz, 2009) y desligan a los Estados de sus responsabilidades. El ambiente alimentario abarca las dimensiones socioculturales, políticas y económicas que configuran la interacción de las personas con el sistema alimentario y permite entender cómo el entorno moldea sus elecciones alimentarias (cfr. Villalobos-Pérez et al., 2025).

El entorno alimentario hace referencia “al contexto físico, económico, político y sociocultural que enmarca la interacción de los consumidores con el sistema alimentario con miras a la adopción de decisiones sobre la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos” (HLPE, 2017:11). Es decir, abarca todos aquellos alimentos que se encuentran disponibles y alcanzables para toda la población. La oferta de alimentos no solo incluye lo que suele encontrarse en supermercados sino también en comedores escolares, restaurantes, mercados populares, entre otros. Los entornos alimentarios pueden ser clasificados en dos niveles de análisis: interno y externo. El primero refiere a los determinantes personales de la alimentación de las personas como los ingresos, el nivel educativo, los hábitos, costumbres y preferencias y los conocimientos y percepciones sobre alimentación saludable. Por su parte, el entorno externo incluye aquellos espacios físicos a los cuales las

personas acceden para adquirir los alimentos, los precios de los productos, la cercanía a los lugares de venta, la publicidad, la promoción y toda la información relacionada con alimentación. (HLPE, 2017).

En relación con el concepto de entornos, distintos autores han introducido la noción de *entornos obesogénicos* para dar cuenta de aquellos contextos con una alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos y bebidas ultraprocesados, listos o casi listos para su consumo, promovidos mediante estrategias publicitarias que desplazan a los alimentos frescos o mínimamente procesados (cfr. Piaggio, 2016). Si bien puede haber un consumo excesivo de calorías, el derecho a la alimentación no está garantizado ya que dicho derecho se refiere al acceso a una alimentación adecuada. Esto supone cubrir todas las necesidades nutricionales mediante el acceso a alimentos culturalmente apropiados, producidos y distribuidos de manera sostenible y justa (cfr. Piaggio, 2016).

Además, si bien el concepto de *entornos obesogénicos* ha sido útil para visibilizar condiciones socioestructurales que inciden en el aumento del sobrepeso y la obesidad, su uso requiere una mirada crítica. Se considera que podría contribuir a reforzar la excesiva centralidad de la obesidad como un marcador de salud, desplazando otras problemáticas de salud también asociadas a los entornos alimentarios. Resulta fundamental no perder de vista los discursos institucionales y mediáticos que, desde una perspectiva moralizante, condenan la obesidad, promueven el control del peso y asocian la delgadez con salud (cfr. Tomás-Cardoso, 2021). Además, es necesario reconocer que muchas veces coexisten políticas públicas que promueven programas de promoción de la salud y prevención de la obesidad con otras

de apoyo a la producción agroalimentaria industrializada y subvencionada, en detrimento del consumo de alimentos locales y de mayor calidad nutricional (cfr. Tomás-Cardoso, 2021).

Desde el sistema de salud, los colectivos profesionales no están exentos de estas tensiones e intereses de conflicto. En ocasiones y sin intencionalidad manifiesta, se le otorga legitimidad a productos ultraprocesados y se proponen recomendaciones que implican conductas que resultan difíciles de cumplir en territorios donde la vulneración de derechos es crítica, poniendo el acento en aspectos que culpabilizan a las personas, ubicando la responsabilidad únicamente en ellas y en detrimento de la modificación de los entornos (cfr. Gracia Arnaiz, 2009; Piaggio, 2016). Asimismo, desde los equipos de salud se suele sobrevalorar a la educación alimentaria como modificadora de hábitos, lo que resulta deficiente si no es acompañada por políticas públicas que intervengan sobre los entornos (cfr. Piaggio, 2016). En este sentido, es fundamental no sólo conocer las características de los entornos locales, en relación a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos, sino también comprender las prácticas alimentarias de las personas de modo que las intervenciones diseñadas se articulen con sus experiencias cotidianas.

Sin embargo, hasta la fecha no se ha logrado comprender en profundidad cómo los llamados “factores ambientales locales” influyen en las prácticas alimentarias y sus consecuencias. Esto puede deberse, entre otras razones, a la prontitud con la que suelen replicarse las respuestas sin analizar en profundidad la naturaleza y alcance del problema o a la ausencia de diagnósticos contextualizados que den cuenta de la complejidad de cada territorio (cfr. Gracia Arnaiz et al., 2020).

Esta investigación surge de un trabajo más amplio de carácter integrado entre centros de salud locales, organizaciones sociales y vecinos/as de un barrio popular¹ del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina. Este proceso se inicia en el contexto de la pandemia por COVID-19 ante la necesidad de contar con datos precisos sobre las personas fallecidas en el barrio y las personas con discapacidad, así como la falta de acceso al agua y la presencia de roedores, entre otras problemáticas. La falta de información sobre los procesos de salud locales ya había sido identificada previamente, pero se agudizó en este periodo, donde los datos oficiales no reflejaban la manera en que la pandemia se expresaba en los barrios populares. En este sentido, surgió la urgencia de disponer de información local de calidad que diera cuenta de las problemáticas y las particularidades de salud del territorio e incluyeran la mirada de los actores en la explicación de los problemas. De esta manera, se conformó un equipo de epidemiología comunitaria integrado por trabajadores de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) locales, con participación de organizaciones sociales.

En el año 2020 se realizó en el barrio de este estudio, una encuesta de seroprevalencia de COVID-19 a cargo del Ministerio de Salud del Gobierno de CABA, donde se incluyeron preguntas sobre otras situaciones de salud. Según esta encuesta, el 50.4% de las personas informó tener alguna enfermedad crónica no transmisibles (ECNT) y el exceso de peso autorreferido fue del 78% (cfr. Calveti et al., 2021) mientras que la 4° ENFR para CABA registró un 50.2% para este in-

¹ Los Barrios Populares se definen como villas, asentamientos y urbanizaciones informales, originados por estrategias de ocupación del suelo, con grados variables de precariedad, hacinamiento y tenencia irregular del suelo (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina, 2023.)

dicador (cfr. INDEC, 2019). Estas cifras resultan relevantes en tanto superan los promedios y dan cuenta de otros aspectos de la desigualdad.

En la reunión de presentación de estos resultados a la comunidad surgió por parte de esta la preocupación por los datos relacionados con el exceso de peso de la población y las ECNT. Por este motivo, el equipo de epidemiología comunitaria define priorizar estas problemáticas como temas de investigación.

Desde esta perspectiva, durante el año 2023, se desarrolló esta investigación que se propuso como objetivo general: analizar las características del entorno alimentario, en sus dimensiones externa e interna, en un barrio popular del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2023. Como objetivos específicos, se buscó caracterizar el entorno alimentario externo mediante el relevamiento de los establecimientos de venta y distribución de alimentos en el barrio de estudio; describir el entorno alimentario interno, incluyendo las prácticas de adquisición, preparación y consumo de alimentos, y las condiciones de acceso físico y económico; analizar la relación entre las dimensiones interna y externa del entorno alimentario.

Esta información resulta relevante por el impacto que tienen los entornos en la salud de la población. Asimismo, marca un posicionamiento político en relación a este tema, poniendo el foco de la responsabilidad en el Estado y no en los individuos.

El contexto

El barrio de estudio corresponde a lo que en Argentina se denomina barrios populares, villas o asentamientos irregulares. En particular, este ba-

rrio es uno de los más extensos de CABA. A lo largo del tiempo, gran parte de los terrenos de la villa se fueron rellenando con desechos urbanos (basura y escombros), característica que afecta la salud de sus habitantes. Una problemática transversal a toda la población, y que afecta el desarrollo y la calidad de vida de las personas, es la falta de acceso a un hábitat adecuado, saneamiento básico y servicios esenciales como luz y agua. Esto se refleja en la Encuesta de Seroprevalencia (cfr. Calveti et al., 2021), donde 96.80% de los encuestados respondió que tenía acceso a agua de red. Sin embargo, 23.47% reportó haber experimentado cortes de agua en el último mes y 25.60% refirió haber tenido que acumular agua en recipientes, durante el último año, por falta de presión o cortes en la vivienda. Por otro lado, 99.20% dispone de luz de red, aunque 27.73% refirió cortes durante el último mes.

Casi la mitad de sus habitantes provienen de Paraguay, Perú, Bolivia y Uruguay. Según los datos del Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP) en 2023 en el barrio del estudio viven 9,900 familias (cfr. Ministerio de Economía, 2023), lo que constituye casi 20% del total de población residente en villas y asentamientos de la ciudad. En relación a la cantidad de personas se estima que alrededor de 75,000 viven en el barrio (cfr. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2025).

Además, 66.6% de la población que reside en el barrio utiliza únicamente el sistema público de salud, mientras que en los barrios del norte de la CABA este porcentaje es del 7%. Asimismo, en los barrios de la zona sur de la ciudad se registraron las tasas más altas de mortalidad en casi todos los grupos de edad (cfr. Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022). En esta zona, la tasa de mortalidad infantil en 2022 fue

7.2%, superando en un 22% a la tasa promedio de CABA (cfr. Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Ciudad de Buenos Aires, 2023).

Materiales y métodos

Se trató de un diseño observacional, descriptivo, de corte transversal con un enfoque metodológico cuanti-cualitativo. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética e Investigación del hospital de referencia y se llevó a cabo a lo largo del año 2023.

El trabajo se inscribe en el marco de la epidemiología comunitaria, una perspectiva crítica dentro del campo de la epidemiología, que reconoce la existencia de múltiples corrientes y enfoques. En este sentido, se parte de la definición propuesta por Almeida Filho y Rouquayrol (cfr. 2008) quienes sostienen que se trata de la ciencia que estudia el proceso salud enfermedad, analizando su distribución poblacional y los factores determinantes, con el objetivo de formular propuestas específicas que orienten la toma de decisiones en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

Sin embargo, desde una mirada crítica, este trabajo adopta los aportes de la epidemiología comunitaria, la cual propone incluir no sólo la mirada de los/as profesionales acerca de los problemas de salud sino también las experiencias de la vida cotidiana de las personas en sus comunidades (cfr. Tognoni et al., 2011). Esto implica, además, poner el foco en las dimensiones socioculturales como aspectos relevantes de los procesos de salud, incorporando en su análisis las condiciones de vida de las poblaciones.

En este marco, la problemática abordada en este estudio fue establecida en espacios de salud gru-

pales. En estos encuentros, la participación comunitaria permitió definir y priorizar los temas de investigación en función de las demandas y preocupaciones de quienes viven en el territorio. Posteriormente, en otros encuentros se discutieron los avances y se profundizó sobre la interpretación de los resultados, las conclusiones y su discusión.

Para caracterizar el entorno alimentario externo, se identificaron, mediante la observación directa, los tipos de comercios y organizaciones que brindan asistencia alimentaria, como manera de aproximarnos a la oferta de alimentos a nivel territorial.

En una primera etapa, se definieron categorías para identificar los lugares de oferta de alimentos/ productos comestibles. Se implementó una prueba piloto para validarlas lo que llevó a realizar ajustes y definir un total de 18 categorías:

El recorrido se realizó por las calles y avenidas principales del barrio, utilizando un instrumento para su registro. Se recorrieron en total 5,2 km a lo largo de 6 jornadas. Posteriormente, esta información se georreferenció en Google Maps, y se cuantificaron los comercios según las categorías definidas en la Tabla 1. Se realizó un análisis de las frecuencias absolutas y relativas que permitió ponderar los tipos de comercios que prevalecen.

Tabla 1. Tipo de comercios y lugares de asistencia alimentaria relevados

Categorías	Descripción
1. Kiosco	Venta de golosinas y bebidas industrializadas
2. Pollería	Venta de pollos y huevos exclusivamente.
3. Dietéticas	Venta de legumbres, cereales, semillas y harinas.
4. Verdulería	Venta de frutas y hortalizas exclusivamente.
5. Panadería	Venta de panificados dulces y/o salados.
6. Fiambrería	Venta de diversos tipos de fiambres y quesos.
7. Carnicería	Venta de carnes vacuna, pollos y cerdo.
8. Pescadería	Venta de pescados exclusivamente.
9. Almacén	Venta de alimentos secos y productos envasados.
10. Comida elaborada	Venta de comidas caseras listas para el consumo.
11. Heladería	Venta exclusiva de helados.
12. Nodos	Venta de productos de cooperativas y de pequeños productores.
13. Comedores comunitarios	Organizaciones que brindan asistencia alimentaria.
14. Ferias	Puestos ambulantes de venta de alimentos y plantas con fines medicinales.
15. Comida rápida	Venta de hamburguesas, panchos, sándwiches, papas fritas, listas para el consumo.
16. Bebidas	Venta exclusiva de bebidas tanto alcohólicas como no alcohólicas.
17. Mercadito	Venta de alimentos secos, alimentos frescos y bebidas industrializadas.
18. Supermercados	Venta de alimentos secos, frescos y bebidas industrializadas. Se diferencia del mercadito por las dimensiones y la variedad de productos que ofrecen.

Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 2. Conformación de los grupos para los grupos focales

Grupo	Cantidad de participantes	Características
A	2	Mujeres (entre 50 y 60 años) que participan semanalmente en un proyecto compartido con trabajadoras del centro de salud
B	7	Personas (entre 40 y 60 años) que trabajan en un comedor comunitario que brinda asistencia alimentaria todos los días de la semana.
C	7	Mujeres (entre 40 y 60 años) que concurre todos los martes a realizar actividad física a uno de los CeSACs.
D1	12	Promotoras de salud (mujeres entre 30 y 60 años) que trabajan en organizaciones sociales
D2	12	
D3	11	
E	10	Promotoras de salud (mujeres entre 30 y 45 años) que trabajan en los CeSACs y viven en el barrio.

Fuente: Elaboración propia (2025).

entre las definiciones conceptuales (entorno externo e interno) y su expresión técnico-operacional (cfr. Ynoub, 2023). Lejos de plantear una dicotomía u oposición entre los enfoques, se buscó dar cuenta de la complejidad del fenómeno.

Resultados

a. Entorno alimentario externo

A partir del trabajo de observación del entorno se obtuvieron los siguientes resultados en relación a los lugares de obtención de alimentos/ productos comestibles disponibles a nivel local. Para facilitar el análisis de los datos se agrupó cada una de las categorías mencionadas, según características comunes (Tabla N°3). Los kioscos fueron incluidos junto con las heladerías ya que en ambos se venden principalmente productos ultraprocesados. También se agruparon en una misma categoría aquellos comercios donde prevalece la venta de alimentos secos incluyendo los almacenes, los mercaditos, las dietéticas y panaderías. En un grupo diferenciado, se ubicaron los comercios donde

predominan los alimentos frescos o mínimamente procesados, como las carnicerías, las pollerías y las verdulerías. Se agruparon por separado los comercios donde se vende comida rápida y elaborada y por otra parte, los lugares donde se brinda asistencia alimentaria como son los comedores y merenderos. Por último, se agruparon las ferias itinerantes que tienen un funcionamiento con frecuencia semanal, y los nodos³ que se presentan como pequeños comercios con venta a la calle.

La mayor cantidad de comercios observados fueron kioscos, duplicando la cantidad de verdulerías (74 vs 27). Dentro de la categoría “alimentos frescos”, los locales de venta de carnes superaron a las verdulerías (41 vs 27).

Los kioscos se distribuyeron en el barrio de manera homogénea, identificando su presencia en sectores donde hubo ausencia de otros comercios.

³ Los nodos son espacios de comercialización propios de la economía social y solidaria, en los que organizaciones de pequeños productores tienen como objetivo la venta directa de sus alimentos y productos al consumidor, priorizando la construcción de precios justos (cfr. Universidad Nacional del Centro, 2018)

Tabla 3. Establecimientos relevados

Categorías	Tipo de comercios		
		No.	(%)
Kioscos/Heladerías	Total	86	27.9
	Kioscos	74	23
	Heladerías	12	3.9
Alimentos Secos		71	23.1
	Almacén	27	8.8
	Mercaditos y Supermercados	20	6.5
	Panadería	14	4.5
	Bebidas	8	2.6
	Dietéticas	2	0.6
Alimentos Frescos		68	22.1
	Carnicería	30	9.7
	Verdulería	27	8.8
	Pollería	6	1.9
	Pescadería	3	1
	Fiambrería	2	0.6
Venta de comida		58	18.8
	Comida elaborada	32	10.4
	Comida rápida	26	8.4
Ferias y nodos		8	2.6
	Ferias	5	1.6
	Nodos	3	1
Comedores y merenderos		17	5.5
Total		308	100

Fuente: Elaboración propia (2025).

La distribución de las verdulerías no es homogénea, las mismas se concentraron en algunos sectores mientras que en otros solo hubo oferta de pocas hortalizas en los denominados “mercaditos”.

Se observó que la venta de comida preparada se concentraba en las calles más transitadas del barrio, donde circulan autos y transporte público. Durante el recorrido realizado en una zona se identificó mayor presencia de comida paraguaya, a diferencia de otros sectores de este mismo barrio donde predomina la venta de comida peruana.

Las ferias y nodos fueron escasos en contraste con los puestos de venta de comida elaborada y rápida. Los puestos de feria se concentraron en la esquina del punto comercial más importante.

b. Entornos alimentario interno

A partir del análisis de los grupos focales se identificó que dentro del barrio se adquieren principalmente verduras y pan, mientras que la compra de carne se realiza mayormente en el barrio

de Mataderos⁴ o hipermercados de otros barrios, donde hay una mayor variedad de cortes a mejor precio y calidad:

Yo me voy al lado de Patricios, hay más variedad, acá no ... acá demasiado rápido se va todo. Me voy de Patricios ahí sí, encuentro mucha variedad, por lo menos hay para elegir. Ahí vas y te encontrás un...osobuco. Vos te vas acá y acá no encontrás nada. Todo lo caro, está pe-ceto, vacío, los cortes muy caros. En cambio, allá hay más gente de plata y consume menos de osobuco. Si, yo digo eso, porque otra explicación no le encuentro. Porque acá, vos te vas

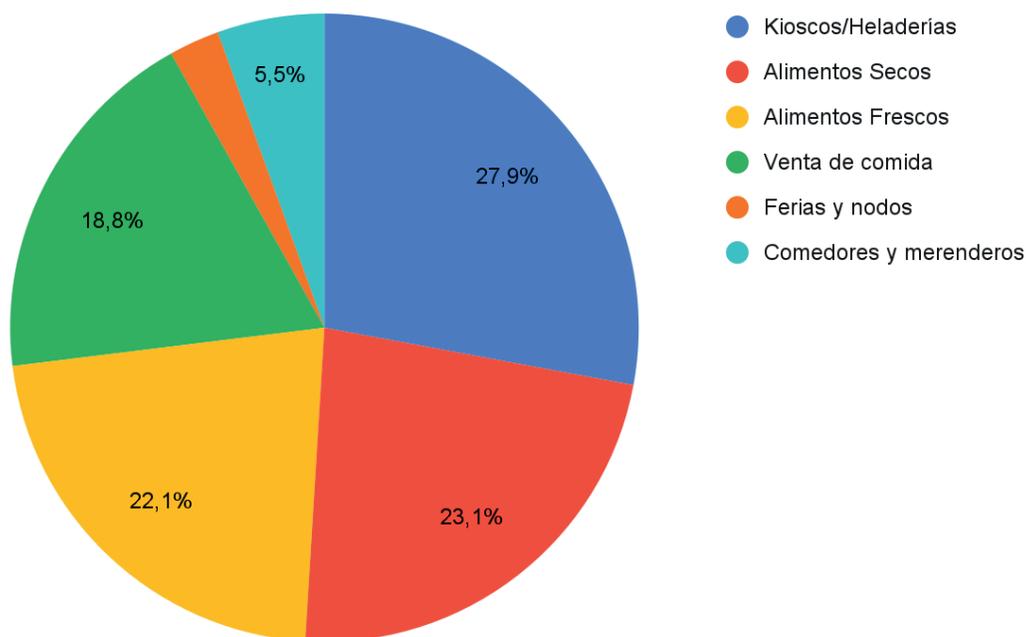
⁴ Barrio de la Ciudad de Buenos Aires que se caracteriza por tener alta cantidad de frigoríficos y carnicerías.

a Pompeya y no encontrás un osobuco. (Entrevistada, grupo C)

También se mencionó que los alimentos recibidos en comedores y/o merenderos complementan las compras para el hogar. Los criterios para elegir dónde comprar alimentos son el precio, la calidad, el trato y la atención recibida. Asimismo, se identificó al tiempo como un factor determinante ya que, cuando este es escaso, se seleccionan lugares de cercanía: “Para conseguir precios sí, salimos afuera, pero cuando estamos apuradas lo compramos [en el barrio]” (Entrevistada, grupo C).

Al preguntar por los alimentos que no se consiguen en el barrio se mencionaron variedades de

Figura 2. Distribución porcentual de lugares de oferta de alimentos/productos comestibles



Fuente: Elaboración propia (2025).

verduras, legumbres y semillas como también, dificultades para adquirir pastas frescas, lácteos descremados y pescado.

La dimensión económica determina las características de la compra. Al respecto se mencionó: “Antes se acopiaba más, ahora se compra para el día. No podés comprar cantidad y tener para la semana como antes hacíamos. Ahora no, porque está fea la situación, no podés comprar un kilo de morrón, voy y compro 2 morrones”. (Entrevistada, grupo C).

De todos modos, en algunos casos se realizan “compras grandes” entre varios vecinos/as o familiares en el Mercado Central⁵ y productos secos en mayoristas, según disponibilidad de dinero y vehículo. El uso de auto se menciona sólo en estos casos ya que la mayoría realiza la compra a pie. También, la realización de largos recorridos como estrategia en la búsqueda de precio: “es buscar en el barrio (...) porque en un almacén te puede salir la papa 250 y en otro 350, y tenés que caminar!”, “la necesidad hace caminar” (Entrevistadas, grupo C).

Por otro lado, las entrevistadas refirieron que, en el último tiempo, por razones económicas se redujo el consumo de carne y se dejó de comprar yogur. Respecto a la carne vacuna se mencionó que está “contada” y se utiliza más pollo porque es más económico. Asimismo, se identificó como una dificultad la ausencia, a nivel local, del programa “Precios Justos⁶” y la definición arbitraria de los precios por parte de los/as comerciantes. Además, se asoció “la comida saludable” a los

productos light, refiriendo que este tipo de alimentación resulta más costosa.

La mayor parte de las entrevistadas refirió que el tiempo destinado a las tareas de alimentación, tanto la compra como la preparación, es “mucho”. Esta percepción compartida, reveló el cansancio que implica la búsqueda constante de precios y la cocina en medio de la rutina cotidiana:

Y nos genera estrés eso porque tenés que ver dónde vas buscando... Es una pérdida de tiempo, si vos tenés la posibilidad económica de poder comprar todo en el supermercado Coto, vas y compras todo en Coto. Pero están nuestros casos, madre separada, pagar el alquiler; ya sea con marido, se tiene un poco más... pero es un esfuerzo mental, desgaste. Nos provoca a nosotros un estrés, ver dónde vamos a ir a comprar, a qué precio vamos a conseguir, cuál va a ser la alternativa. (Entrevistada, grupo E)

Aparecieron algunas particularidades como la negociación de alimentos con los/as hijas/os o la necesidad de cocinar doble por hacer “dieta”.

También mencionan que sus parejas participan en tareas de alimentación, sin embargo, en el relato de la rutina diaria aparecieron expresiones que reflejan sensaciones de soledad y agotamiento. Las tareas de compra y preparación se suman a otras como el trabajo o el cuidado de la salud. También surgió la diferencia generacional en torno a quien realiza estas tareas y la manera de resolverlas: mientras que las “abuelas” cocinan, las madres “más jóvenes” compran comida preparada:

Llegás a las 8 de la noche...muerta, parece que yo no hice nada. Todas trabajan, todas se van y vuelven, ellas están más cansadas, pero se sientan, están con la computadora pero yo es-

⁵ El Mercado Central es el principal centro de comercialización de frutas y hortalizas de la República Argentina.

⁶ Programa del Ministerio de Economía de la Nación cuyo objetivo era definir precios fijos para productos de consumo masivo. Creado en el año 2022.

toy así.... encima son 4 escaleras hasta la casa de ella (...) subir, bajar, subir y hacer las compras....venir a la salita si tengo que sacar turno, es agotador. (Entrevistada, grupo B)

Discusión

Conocer en profundidad las características de los entornos, incluyendo múltiples miradas, diferentes disciplinas y fundamentalmente la voz de quienes viven esos problemas, permite aproximarnos a lo local y situarlo en un contexto determinado.

Los mayores índices de ECNT y de exceso de peso en poblaciones con derechos vulnerados develan aspectos de la desigualdad que trascienden las prácticas individuales. En palabras de Caballero, “La obesidad, como la contaminación ambiental o la violencia, es un problema social, no una cuestión de gula individual” (Lipovich, 2011: 1). Los entornos externos observados, caracterizados como pantanos alimentarios por algunos autores, alientan a un exceso en el consumo de calorías en relación al gasto energético por su alta disponibilidad de productos con exceso en azúcares añadidos, grasas y sodio (cfr. Piaggio, 2016; Navarro-Hinojosa y Fuentes, 2022).

En el barrio estudiado los comercios más frecuentes son aquellos que venden productos secos, procesados y/o ultraprocesados en contraste con los que ofrecen alimentos frescos o mínimamente procesados⁷. En este sentido, no sólo deben recorrerse grandes distancias para conseguir mejores precios sino también alimentos que no se encuentran disponibles.

En la población estudiada, la dimensión económica es central en lo que se puede comprar y lo que no. El período en el que se realizaron los grupos focales estuvo atravesado por un contexto de alta inflación (cfr. INDEC, 2023), lo cual impactó directamente en el acceso a los alimentos, sobre todo de la población con derechos vulnerados. Esto se evidencia en las entrevistas cuando las mujeres relatan que dejaron de comprar o redujeron las cantidades de alimentos frescos de consumo diario. Asimismo, las políticas públicas como “Precios Justos” destinadas a mejorar el acceso a los alimentos no lograban llegar a aquellas poblaciones donde el acceso es crítico. Esto sumado a la informalidad que da lugar a la arbitrariedad de los precios en los lugares de cercanía donde las personas realizan el mayor consumo. Sammartino y Naumman (cfr. 2022) señalan que la competitividad de los precios se ve afectada por el dominio de las cadenas de supermercados que controlan la distribución de alimentos, especialmente de productos envasados y carne, mediante ofertas y promociones que perjudican a los pequeños comercios.

Estos aspectos de la cotidianeidad dificultan la vida de las/os habitantes del barrio especialmente de las mujeres, que se ocupan de las tareas de cuidado como es la alimentación familiar. Las dificultades en el acceso y la disponibilidad de alimentos frescos y la alta disponibilidad de productos ultraprocesados en los lugares de cercanía, explican gran parte de la alimentación actual y su consecuencia en la salud de la población. La protección del derecho a una alimentación adecuada requiere la implementación de regulaciones de carácter obligatorio que viabilicen modificaciones de los entornos cotidianos. Y, con particular urgencia, de aquellos en los que niños y niñas desarrollan actividades educativas, recreativas y

⁷ Clasificación según Modelo de Perfil de Nutrientes (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

reciben cuidados de salud (cfr. Piaggio, 2016). Intervenir en los entornos permite llegar incluso a la población donde es difícil lograrlo con mensajes educativos (cfr. Piaggio, 2016).

Distintos estudios mexicanos han analizado los entornos alimentarios desde perspectivas que trascienden la caracterización del espacio y enfatizan las dimensiones estructurales de la desigualdad (cfr. Navarro-Hinojoza y Fuentes, 2022 y Villalobos-Pérez et al., 2025). Al igual que en esta investigación, se ha documentado cómo las poblaciones más vulnerables enfrentan entornos caracterizados por una alta disponibilidad de productos ultraprocesados y una escasa oferta de alimentos frescos, a través de las nociones de *pantanos* y *desiertos alimentarios*. Esto es leído como resultado de procesos de homogeneización propios de la globalización económica y el modelo agroalimentario vigente. En este sentido, también se señala la necesidad urgente de construir estrategias articuladas entre gobiernos, organizaciones sociales y academia (cfr. Villalobos-Pérez et al., 2025) que apunten a transformar dicho modelo y garanticen el derecho a una alimentación adecuada.

En línea con esto, se considera que los conocimientos necesarios para diseñar dichas estrategias no pueden producirse “desde arriba”, sino que los sujetos que los necesitan son quienes deben ser participantes y responsables en la identificación, selección y evaluación de las prioridades de las acciones y de los resultados (Tognoni et al., 2011: 17). La propuesta de la epidemiología comunitaria, entonces, consiste en “pertenecer a, y ser lenguaje de” las poblaciones que están involucradas en el proceso de salud-enfermedad, reconociendo al territorio como un espacio de conflicto (cfr. Tognoni et al., 2011). Este enfoque conlleva a un posicionamiento que implica hacer epidemiolo-

gía no sobre grupos humanos sino con ellos (cfr. Tognoni et al., 2011) reconociendo la importancia de la mirada interdisciplinaria y de los saberes populares como representación de la cultura de los distintos grupos sociales. La investigación, en este sentido, se entiende como “un acto político, socialmente justo y consciente” (Ellis et al., 2015:249), que busca “recuperar lo particular y lo significativo desde lo local, pero además situarlo en una escala social más amplia y en un marco conceptual más general” (Rockwell, 2009: 34).

Conclusiones

La presente investigación implicó una aproximación al análisis de los entornos alimentarios del barrio en estudio, describiendo la disponibilidad de alimentos e indagando en las experiencias de las personas que lo habitan, a través de sus recorridos y estrategias. La escasa disponibilidad de alimentos frescos en lugares de cercanía, los costos elevados y el tiempo restringido debido a las múltiples responsabilidades, la búsqueda de precios y la poca distribución de las tareas dentro de los hogares, explican en parte las características de la alimentación actual y podrían estar relacionadas con los problemas prevalentes como el exceso de peso.

A través de la descripción de los entornos, se evidencia que los mismos presentan características que se contraponen a los que las guías alimentarias nacionales recomiendan. Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) son un conjunto de recomendaciones elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación con el objetivo de promover una alimentación saludable y adecuada, teniendo en cuenta la diversidad cultural y las tradiciones locales (cfr. Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Fueron desarrolladas inicialmente en el año 2000 por profesionales de

distintas disciplinas y organismos nacionales y revisadas en 2015 en un proceso participativo e intersectorial.

En esta investigación, las características de los alimentos/productos comestibles disponibles en el territorio, las dificultades económicas y la falta de políticas públicas a nivel local, dieron cuenta de la dificultad que implica gozar de una alimentación adecuada. Se espera que el diseño e implementación de políticas tome en cuenta las realidades locales y logre adaptarse al contexto, dando respuestas coherentes y articuladas y desarmando la histórica fragmentación de los programas que perpetúa y profundiza las desigualdades, al tiempo que cristaliza un orden social que resiste con fantasías vinculadas al derecho a la alimentación y a la distribución de los ingresos para el acceso (in)equitativo a los alimentos mediante el mercado (Sordini, 2023).

Asimismo, mejorar la efectividad de políticas que garanticen el acceso a alimentos saludables en los barrios populares como verduras, carnes y huevos permitiría reducir el tiempo que las familias dedican a tareas relacionadas con la alimentación.

Por otro lado, y en un orden de análisis distinto, en esta investigación la participación comunitaria se concretó en momentos específicos, como las reuniones convocadas para delimitar el problema o para compartir e intercambiar miradas y pareceres sobre los resultados obtenidos. El equipo presenta el desafío de incorporar personas que viven en el territorio en todas las etapas de la investigación, lo cual se ve dificultado por distintas variables, entre ellas el tiempo. El tiempo que dedican las referentes comunitarias a las tareas de cuidado, entre ellas la alimentación, no solo a nivel personal sino también colectivo, está atravesado por todas las complejidades que se han desarrollado

en este artículo. Identificamos esto como una de las limitaciones del estudio.

Otras de las limitaciones del estudio, refieren a que se optó por categorizar los “tipos de comercios” de venta de alimentos y productos alimenticios haciendo un recorte que nos permitió llevar adelante la investigación. Sin embargo, esta decisión metodológica puede haber invisibilizado las heterogeneidades existentes al interior de los comercios. En otras palabras, se utilizó la categoría “tipo de comercio” como un *proxy* de la oferta alimentaria en el barrio, con las limitaciones y el reduccionismo que ello implica. Asimismo, la informalidad con la que se comercializan algunos alimentos en el territorio dificultó la categorización de ciertos comercios. En algunos casos, un mismo local ofrecía productos de distinto tipo, como sucede con los “mercaditos”, que si bien incluían una limitada oferta de alimentos frescos, quedaron incluidos dentro de la categoría “alimentos secos”. Aunque estos casos fueron pocos, es importante tenerlos en cuenta. Por otra parte, los recorridos se realizaron en días de semana, durante el horario diurno y únicamente en calles principales, sin incluir pasillos internos ni horarios nocturnos. Estas limitaciones deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados del entorno alimentario externo.

Actualmente Argentina enfrenta una crisis alimentaria, profundizada por una propuesta de gobierno que impulsa el desmantelamiento del Estado y la desregulación de la oferta y precios de los alimentos (Centro de Estudios Sociales y Legales y Fundación Rosa de Luxemburgo, 2024). En este sentido, se considera que la situación de los entornos alimentarios documentada en el periodo de estudio ha empeorado gravemente en este último tiempo, en un contexto donde el 53,6% de las personas se encuentra bajo la línea de pobreza (cfr.

INDEC, 2024). Un estudio nacional realizado por la Universidad Popular Barrios de Pie revela que el 89% de las familias en barrios populares padecieron inseguridad alimentaria entre marzo y abril de 2024, reduciendo el consumo de carnes, huevos, frutas, lácteos y verduras (cfr. 2024).

Enfocar el análisis en los entornos implica analizar la alimentación de la población desde la complejidad, corriendo la mirada de la dimensión in-

dividual. Las características del entorno influyen en la alimentación de las familias, favoreciendo o dificultando la adquisición de hábitos saludables. A través de la epidemiología comunitaria, se ha obtenido información local, situada y sistematizada sobre el entorno alimentario del territorio. Esto, por un lado, permite acercarse al problema y pensar acciones que favorezcan su resolución, y por otro, invita a repensar las prácticas y los discursos de las/os trabajadoras del sistema de salud.

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N., Y ROUQUAYROL, M. (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Editorial EDUNLA. Cuadernos del ISCo.
- CALVETTI, J. M., MUÑOZ, E., MORALES, Y., PARGOTO, V., VACCHINO, D., LUNA, L., Y SALTO, J. (2021) Análisis de la seroprevalencia de COVID-19 en la villa 21/24 y Zavaleta. XIV Jornadas de Sociología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://cdsa.aacademica.org/000-074/573>.
- CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y LEGALES (CELS) Y FUNDACIÓN ROSA DE LUXEMBURGO. (2024). Programa de Estudios Regionales y Territoriales (IGEO-UBA). Rascar la olla. Informe sobre el desmantelamiento de políticas agroalimentarias en los primeros meses del gobierno de Milei. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2024/10/2024-10-25-Informe-Rascar-la-Olla-FRL-PERT-CELS-FINAL.pdf> (consulta 15 de julio 2025)
- CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS (CONICET) Y OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA) DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA (UCA), (2023). Registro Nacional de Barrios Populares. Plataforma abierta de datos espaciales de la Argentina. <https://poblaciones.org/2023/12/22/registro-nacional-de-barrios-populares-renabap-2023/> (consulta el 15 de marzo de 2025)
- ELLIS, C., ADAMS, TE. Y BOCHNER, A. (2015). Autoetnografía: Un panorama. *Astrolabio*, (14), 249–273. <https://doi.org/10.55441/1668.7515.n14.11626>
- GÁLVEZ ESPINOZA P, EGAÑA D, MASFERRER D Y CERDA R. (2017). “Propuesta de un modelo conceptual para el estudio de los ambientes alimentarios en Chile”. *Rev Panam Salud Publica*; 41:e169. doi: 10.26633/RPSP.2017.169
- GRACIA ARNAIZ, M. (2009). “Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas”. *Revista Salud Colectiva*; 5(3):363-376.
- GRACIA ARNAIZ, M. (2020). “Prevenir la obesidad en contextos de precarización: respuestas locales a estrategias globales.” *Revista Salud Colectiva*, 16:e2838. doi: 10.18294/sc.2020.2838
- HLPE GRUPO DE ALTO NIVEL DE EXPERTOS EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (2017). La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma.

- <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/e6c85124-db5a-4f56-bccc-6b84994c-d5a0/content> (consulta 25 de marzo 2025)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS - I.N.D.E.C.- Y SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DE LA NACIÓN (2019) 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. [Archivo PDF]. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf (consulta 25 de marzo 2025).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS - I.N.D.E.C.(2023) Índice de Precios al Consumidor (IPC) https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/ipc_01_24DBD-5D8158C.pdf (consulta 1 de julio 2025).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS - I.N.D.E.C.(2024) Encuesta Permanente de Hogares (EPH). <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152> (consulta 1 de julio 2025).
- LIPCOVICH, P. (19 de septiembre de 2011). La obesidad no es un problema de gula, es una cuestión social. Página 12. de <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-177086-2011-09-19.html> (consulta 14 de febrero de 2024).
- MINISTERIO DE ECONOMÍA, SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL, HÁBITAT Y VIVIENDA (2023). Registro Nacional de Barrios Populares. Observatorio de Barrios Populares. <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0a127285-4dd0-43b2-b7b2-> (consulta 1 de julio de 2025)
- MINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. (2023) La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2020/2022. <https://www.estadisticaciudad.gov.ar/eyc/?p=145899> (consulta 13 de marzo 2025).
- MINISTERIO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, AMBULATORIA Y COMUNITARIA. (s.f.). Portal APS (consulta 13 de marzo de 2025).
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2015). Guías alimentarias para la población argentina. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. <https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/bancos/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina.pdf> (consulta 30 de junio de 2025).
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. (2019). 2ª Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2). Resumen ejecutivo. https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-20191.pdf (consulta 27 de junio 2025)
- NAVARRO-HINOJOZA, E., Y FUENTES, E. (2022). “Distribución espacial de paisajes alimentarios en una ciudad del noreste mexicano”. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 23(1), a2309. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/96495/73709>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2016). Modelo de Perfil de Nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18622/9789275318737_spa.pdf (consulta 15 de marzo 2025)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. ISBN: 978-92-75-31905-5.

- PIAGGIO, L. R. (2016). “El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: Reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud”. *Revista Salud Colectiva*, 12(4), 605–619. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.934>
- ROCKWELL, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Editorial Paidós.
- SAMMARTINO, G. Y NAUMANN, SA. (2022). “Nosotros somos de harina”: Prácticas y significados alimentarios en la Villa 21-24 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contextos de COVID-19. *Revista Salud Colectiva*, 18, 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3730>.
- SORDINI, M. V. (2023). Trama de sensibilidades en la gestión de programas alimentarios: De la frustración a la resignación. *Gestión Y Política Pública*, 32(1), 1–30. <https://doi.org/10.60583/gypp.v32i1.2189>
- SOUZA MINAYO, M.C.E (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. 1era ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- TOGNONI, G., SAMPAOLI, A, BARRI, H. Y BUTINOF, M. (2011). *Manual de Epidemiología Comunitaria: el camino de las comunidades*. Universidad Nacional de Córdoba. <https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/Manual%20de%20Epidemiologia%20Comunitaria.pdf> (consulta 25 de febrero 2025)
- TOMÁS-CARDOSO, R. (2021). Obesidad y entornos obesogénicos: paradojas y divergencias entre las políticas sanitarias, las experiencias personales y las culturas de salud. En *Éticas y Políticas de las Antropologías*. XV Congreso Antropología ASAAE (pp. 894–917). Madrid, España.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO (2018) Ferias de la Economía Social y Solidaria – Del productor al consumidor: Apuntes y reflexiones para la acción colectiva en torno a los procesos organizativos del sector en la región centro de la provincia de Buenos Aires. Programa de Economía Social y Solidaria, Secretaría de Extensión. https://extension.unicen.edu.ar/wp-content/uploads/2021/02/Cuaderno_FeriasESS_Web.pdf (consulta 1 de julio 2025)
- UNIVERSIDAD POPULAR BARRIOS DE PIE (2024). Análisis nacional de la situación alimentaria en barrios populares. <https://agencia.farco.org.ar/wp-content/uploads/2024/08/Analisis-nacional-de-la-situacion-alimentaria-en-barrios-populares-mayo-2024.-Final-1-1.pdf> (consulta 1 de julio 2025).
- VILLALOBOS-PÉREZ, A. G., FLORES LÓPEZ, M. L., THÉODORE, F. L., VILLANUEVA-BORBOLLA, M. Á., Y SÁNCHEZ-SALDAÑA, K. (2025). “Hacia una justicia social y alimentaria de personas jornaleras agrícolas con migración interna en México”. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(4), e00054424. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES054424>
- YNOUB, R. (2023). *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica. Tomo II*. Lugar Editorial.

“Si ellos nos hacen ese gran favor, pues también uno hay que cooperar”: prácticas clientelares en los programas alimentarios en una comunidad indígena del Estado de México

Katia Yetzani García Maldonado* • Miriam Bertrán Vila**

RESUMEN

Introducción: En México, la implementación del paradigma neoliberal a la política social debilitó la garantía a los derechos sociales y desdibujó las funciones del Estado, favoreciendo la presencia de prácticas clientelares. Los grupos indígenas, al vivir en condiciones sociales consideradas como desfavorables han sido una de las poblaciones que más ha recibido programas sociales; entre los cuales, los programas alimentarios han jugado un papel preponderante. Por lo tanto, resulta indispensable analizar las políticas y los programas de alimentación, las cuales, a través de las relaciones de poder y los intereses hegemónicos con las que fueron creadas, han podido contribuir o profundizar las inequidades sociales y al acceso desigual de los alimentos entre los diferentes grupos poblacionales del país. Objetivo: Analizar las prácticas clientelares en los programas alimentarios implementados en una comunidad indígena del Estado de México. Metodología: Estudio cualitativo de abordaje etnográfico que se realizó en la comunidad de San Isidro, en el Estado de México, de febrero a abril de 2016 y de abril a junio de 2017. Resultados: En esta investigación se logró constatar la manera en que el padrino político fue un elemento clientelar clave para favorecer que las personas lo consideraran un acto “moral” y se sintieran con la obligación de retribuir al gobierno estatal en lugar de visualizarlo como parte de las obligaciones del Estado para garantizar su derecho a la alimentación. Por otro lado, las personas de la comunidad ejercieron su capacidad de agencia al llevar a cabo actividades no permitidas por los programas, pero que son toleradas y protegidas socialmente para acceder a bienes y recursos que de otra manera no podrían alcanzar. Conclusión: El clientelismo político experimentado en esta comunidad se caracterizó por la presencia de “lazos clientelares” que transformaron derechos por favores y por la presencia de un “habitus clientelar” que legitima estos vínculos como parte de su día a día al operar como red de solución de problemas y como forma de obtención recursos y alimentos a los cuales no podrían acceder si no fuera por estos lazos.

PALABRAS CLAVE: clientelismo político, programas alimentarios, población indígena, agencia.

* Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Correo electrónico de contacto: katia.garcia@uacm.edu.mx

** Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Correo electrónico de contacto: mbertran@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 25 de abril de 2024.

Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2025.

“If they do us this big favor, then we have to cooperate”: clientelist practices at food programs in an indigenous community from the State of Mexico

ABSTRACT

Introduction: In Mexico, the implementation of the neoliberal paradigm to social policy weakened the guarantee of social rights and blurred the functions of the State, favoring the presence of clientelistic practices. Indigenous groups, living in social conditions considered unfavorable, have been one of the populations that has received the most social programs; among which, food programs have played a predominant role. Therefore, it is essential to analyze food policies and programs, which, through the power relations and hegemonic interests with which they were created, have been able to contribute to or deepen social inequalities and unequal access to food among the different population groups of the country. **Objective:** Analyze clientelist practices in food programs implemented in an indigenous community in the State of Mexico. **Methodology:** Qualitative study with an ethnographic approach that was carried out in the community of San Isidro, in the State of Mexico, from February to April, 2016 and from April to June, 2017. **Results:** In this research it was possible to verify the way in which political patronage was a key clientelist element to encourage people to consider it a “moral” act and feel obliged to repay the state government instead of viewing it as part of the State’s obligations to guarantee their right to food. On the other hand, people in the community exercised their agency by carrying out activities that were not permitted by the programs but that were tolerated and socially protected in order to access goods and resources that otherwise they could not achieve. **Conclusion:** The political clientelism experienced in this community hindered the construction of citizenship and placed people in a position of greater vulnerability to which they were already exposed by not guaranteeing their right to food, putting in risk their health, nutrition and food security.

KEYWORDS: political clientelism, food programs, indigenous people, agency.

Introducción

Bajo la visión de la salud colectiva, la alimentación y la nutrición no pueden verse y analizarse como hechos distintos y disociados, por el contrario, constituyen en sí un proceso único, el cual ha sido denominado “proceso alimentación-nutrición”. Este proceso se encuentra determinado social e históricamente, tiene manifestaciones específicas a escala biológica e individual que van más allá de la necesidad de consumir alimentos

para satisfacer el hambre, reconociendo las diferentes formas en las que se interpreta y vive el proceso alimentación-nutrición desde la intersubjetividad colectiva (Rivera-Márquez et al., 2015).

La alimentación es considerada como un asunto del Estado en la medida de que se tiene que garantizar el acceso a alimentos a toda la población (Ortiz et al., 2004), para lo cual se crean diversos programas alimentarios; sin embargo, durante su implementación y por diversos factores polí-

ticos, económicos o socioculturales, algunos de estos programas contradicen sus objetivos o sus reglas de operación, dando pie a su uso político, lo cual ha sucedido casi desde la aparición de los primeros sistemas políticos (Torres y del Roble; 2002). En México, se tiene una larga trayectoria en la implementación de políticas y programas en materia de alimentación y nutrición (Barquera et al., 2001), las cuales han correspondido a modelos específicos de política de Estado (Vivaldo y López, 2009) con diferentes resultados en la población.

De 1980 a 2018, el gobierno mexicano ejecutó políticas y programas de corte neoliberal impulsadas por agencias internacionales de desarrollo (Appendini, 2001), las cuales en materia de alimentación concentraron sus acciones en políticas de subsidio al consumo¹ y de orientación alimentaria que trataban de influir y responsabilizar a las personas de su salud eximiendo la obligación del Estado.

En México, la implementación del paradigma neoliberal a la política social debilitó la garantía a los derechos sociales al aplicar programas focalizados a poblaciones urbanas, rurales e indígenas en condiciones de pobreza bajo el argumento de “eficiencia de recursos” (Vega y Jara 2002); por lo que, los grupos indígenas, al vivir en condiciones sociales consideradas como desfavorables han sido una de las poblaciones que más ha recibido programas sociales; entre los cuales, los programas alimentarios han jugado un papel preponderante, pues han sido una de sus principales formas de obtención de alimentos junto con la producción, la compra y el intercambio de comida (Bertrán, 2005).

¹ Política social que convierte al mercado en el principal organizador y beneficiario del consumo de alimentos distribuidos por los programas sociales.

La implementación de programas sociales focalizados fomentó su uso para fines políticos y que se privilegiara a conocidos o familiares de las personas que tienen o quieren ocupar un cargo político. Así, los sujetos visualizan estos programas como “apoyos” del gobierno (y del político en turno) y no como parte de sus obligaciones para el cumplimiento de sus derechos. De esta manera, a través de los “apoyos” alimentarios se han establecido (Vite, 2001; Tanaka y Trivello, 2002) prácticas clientelares (Adelantado y Scherer, 2008), que si bien, han sido parte del proceso político histórico de nuestro país, se vieron potenciadas por el modelo neoliberal al debilitar los derechos humanos y desdibujar las funciones del Estado.

En México, el clientelismo político² ha sido una característica central del sistema sociopolítico, por el que la exclusión social y la pobreza se ha perpetuado a través de los años (Vite, 2001; Corzo, 2002). Asimismo, se ha mantenido como una forma de resolver los problemas cotidianos y según proponen Auyero y Benzecry (2016) se constituye como un *habitus clientelar*”.

Estos autores indican que el *habitus* es resultado de una interconexión entre las estructuras sociales y la subjetividad, lo cual genera la internalización de restricciones y posibilidades externas expresadas como disposiciones para actuar de una manera específica. De esta forma, el *habitus clientelar* se constituye en la manera para acceder a servicios de salud, alimentación, empleo, materiales de construcción, etc.

² Auyero (2008, p.5) define al clientelismo político como el “intercambio personalizado de favores, bienes y servicios a cambio de apoyo político” y votos. Se trata, además, de una relación caracterizada por lazos jerárquicos y asimétricos (Auyero, 2001; en Landini, 2012), utilizada como una forma de control político (Landini, 2012) porque “se articula con la lógica de acumulación de poder de ciertos partidos o sectores que se aprovechan de estas dinámicas para alcanzar sus propios fines” (Landini, 2013, p.199).

De aquí desprende la lógica del dominio clientelar, pues el poder que ejercen los patrones y los mediadores se relaciona por los recursos que proveen; sin embargo, el poder del clientelismo como una institución se sostiene en virtud del funcionamiento del *habitus clientelar* forjado en y por las mismas personas que dependen de estos *lazos clientelares que contribuyen a visualizar al clientelismo político no únicamente como “prácticas” clientelares, sino como “lazos” de co-dependencia y de dominación que influyen en la democratización al transformar derechos por favores* (García, 2023).

El uso político de los programas de alimentación en México, es un asunto para problematizar, en la medida que estos programas son relevantes para el acceso a los alimentos de los sectores sociales vulnerables, y por lo tanto determinantes para su estado nutricional y su salud. Las relaciones de poder y los intereses hegemónicos con los que fueron creados dichos programas, han podido contribuir o profundizar las inequidades sociales y al acceso desigual de los alimentos entre los diferentes grupos poblacionales del país. El objetivo de este artículo es describir y analizar las prácticas clientelares en los programas de alimentación implementados en una comunidad indígena del Estado de México para mostrar cómo operan estas prácticas en el acceso a los alimentos.

El artículo está dividido en tres apartados: el primero describe los efectos clientelares del padrino político experimentado en el programa **Apadrina a un niño indígena**; el segundo apartado analiza la manera en que las personas que reciben el **Desayunador Escolar DIF y Prospera** ejercen su capacidad de agencia al llevar a cabo actividades no permitidas por los programas, pero que son toleradas y protegidas socialmente para

acceder a bienes y recursos que de otra manera no podrían alcanzar, ocasionando prácticas clientelares. El tercer apartado explora las actividades irregulares realizadas por las cocineras del **Desayunador Escolar DIF** y el **Comedor Comunitario Sin Hambre** como contrapeso para el funcionamiento local de los programas de alimentación.

Metodología

Los datos aquí presentados se obtuvieron por medio del método etnográfico en la comunidad de San Isidro, en el Estado de México.³ El plano teórico-epistemológico de esta investigación se centró en la Salud Colectiva para abordar el proceso salud-enfermedad como fenómeno colectivo y como hecho social (López et al., 2011). Se recurrió al enfoque teórico metodológico del clientelismo político que se caracteriza por el intercambio jerárquico y asimétrico de favores, servicios y bienes a cambio de apoyo político (Auyero 2008). Por otro lado, se recurrió a la propuesta metodológica del Enfoque Centrado en el Actor (Long, 2007), la cual considera la capacidad de agencia de los actores en sus análisis (Gallina y Verrier, 2006) y se utilizó la etnografía política para observar a detalle los fundamentos de las instituciones políticas, las prácticas y los sentidos que las mantienen (Auyero, 2012).

El trabajo de campo se realizó en dos etapas, la primera fue de febrero a abril de 2016 y la segunda de abril a junio de 2017. Se implementaron métodos clásicos de investigación cualitativa

³ San Isidro es un pueblo indígena del Estado de México, en el municipio de Guadalupe. Su población es de 1506 habitantes (INEGI, 2021). La base de la organización social es la familia extensa. Cuentan con tierras de propiedad comunal y ejidal. Los terrenos que están cerca del centro de la comunidad son comunales y se utilizan para la siembra; mientras que las tierras ubicadas en la parte montañosa son de propiedad ejidal, las cuales se aprovechan para actividades forestales. Los nombres de las personas y de la comunidad de estudio fueron alterados para mantener la confidencialidad de los datos.

como la observación participante y no participante, diario de campo, entrevistas semi-estructuradas y grupos de discusión realizados a personas que recibían en el momento de la investigación al menos un programa de alimentación. Se obtuvo el consentimiento oral de todas las personas y la aprobación de las autoridades civiles y religiosas de la comunidad.

A pesar de que el trabajo de campo de esta investigación no es reciente, la información obtenida es valiosa al revelar las prácticas clientelares en las que se vieron inmersos los programas alimentarios implementados en San Isidro del 2016 al 2017. El clientelismo fue una de las estrategias comúnmente utilizadas en esta comunidad durante las gubernaturas del Partido Revolucionario Institucional (PRI), lo que fue clave para que se mantuvieran en el poder desde su fundación en 1929 hasta el 2023. Además, la relevancia de esta investigación radica en que el clientelismo conforma toda una cultura política establecida históricamente en las comunidades y ha sido una de las formas en que la población obtiene recursos y alimentos, que de otra manera posiblemente no podrían adquirir.

Resultados

Programas alimentarios

En San Isidro se han recibido diversos programas sociales; sin embargo, este artículo se centra únicamente en cuatro programas alimentarios: **Apadrina a un Niño Indígena**, **Desayunador Escolar DIF**, **Comedor Comunitario Sin Hambre** y **Prospera** (Tabla 1). No obstante, partimos de un enfoque que visualiza a los programas como unidad (dado que cada familia puede recibir varias combinaciones de programas, pero su experiencia es de una totalidad que no puede dividirse).

El programa **Apadrina a un Niño Indígena** comenzó a funcionar en San Isidro en el 2006. Está a cargo del Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas (CEDIPIEM) y el Gobierno del Estado de México. Su objetivo era favorecer el acceso a alimentos básico y nutritivos, así como contribuir a que niñas y niños indígenas de 5 a 15 años permanezcan inscritos en escuelas públicas de educación básica mediante la entrega de canastas alimentarias, útiles escolares y apoyos monetarios (Gaceta del Gobierno del Estado de México, 2016b).

Este programa era financiado por el Gobierno del Estado de México, a través del CEDIPIEM, quien aportaba el 50% del dinero y el otro 50% los/as padrinos/madrinas (Gaceta del Gobierno del Estado de México, 2016b). Las aportaciones que realizaba el Gobierno del Estado de México, se sujetaban al monto autorizado en el Presupuesto de Egresos del ejercicio fiscal de que se trataba; mientras que las aportaciones que otorgaban los/as padrinos/madrinas, eran mediante descuento quincenal vía nómina para aquéllos/as que laboraban en los Poderes del Estado de México, así como en los ayuntamientos, y para los/as demás participantes, a través de una aportación anual (Gaceta del Gobierno del Estado de México, 2016b).

Los productos no monetarios que recibían estaban conformados por una canasta alimentaria mensual, una canasta especial navideña, una dotación de útiles escolares al inicio del ciclo escolar y apoyos monetarios dos veces al año. Las despensas mensuales estaban conformadas por arroz, frijol, azúcar, aceite, sardina, atún, sopa de pasta, avena, gelatinas, harina de trigo, soya, galletas, mermelada, leche en polvo y amaranto; mientras que la despensa de fin de año, además de los productos que mandan mensualmente, conte-

nía una cobija, una toalla y otros productos varios (García, 2023).

El apoyo monetario estaba estipulado para la compra de uniformes escolares y se entregaba a través de una tarjeta de débito la cantidad de \$1,200.00 (un mil doscientos pesos 00/100 M.N.), dividida en dos transferencias, la primera por \$750.00 (setecientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) al inicio del ciclo escolar y la parte complementaria por \$450.00 (cuatrocientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) en el tercer trimestre del ciclo escolar (Gaceta del Gobierno del Estado de México, 2016b).

El **Desayunador Escolar** estaba a cargo del DIF-Estado de México y entregaba insumos alimentarios no perecederos para la preparación diaria de un desayuno caliente a menores escolares de Educación Básica que asistían a planteles escolares públicos. En ese entonces, operaba mediante la distribución de alimentos no perecederos que eran entregados con una frecuencia mínima de dos meses y máxima de cuatro (Gaceta del Gobierno del Estado de México, 2016a).

En San Isidro, este desayunador comenzó a operar en el año 1999 y brindaba un almuerzo a la hora del recreo para niños y niñas que asisten a la primaria y al kínder ubicadas en el centro de la comunidad. Funcionaba mediante un comité de madres de familia que se encargaban de la administración de la despensa, la preparación de los alimentos, la compra de ingredientes faltantes, el cobro del desayuno, la vigilancia de las actividades de las ayudantes, entre otras (García, 2023).

La despensa era abastecida de manera bimestral por el DIF-Estado de México y estaba compuesta por: arroz, frijol, aceite, cereales, leche descremada, verduras enlatadas, soya texturizada, carne

seca deshidratada, complemento alimenticio sabor vainilla, polvos para preparar leches saborizadas, avena, jamaica, piña en almíbar y barras de cereales. El costo del desayuno era de seis pesos y el dinero que se juntaba se utilizaba para comprar los alimentos perecederos que necesiten para preparar los platillos, artículos de limpieza y utensilios de cocina (García, 2023).

El **Comedor Comunitario Sin Hambre** se creó a partir del Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre, a través de la Secretaría de Desarrollo Social, el cual tenían como propósito contribuir al fortalecimiento del cumplimiento de los derechos sociales que aumenten las capacidades de las personas en condiciones de pobreza, a través de acciones que influyan positivamente en su alimentación mediante la instalación y operación de estos comedores (Secretaría de Desarrollo Social, 2015).

En San Isidro el comedor comenzó a operar en el 2014 con la finalidad de brindar alimentos preparados para las personas de la comunidad a través de la entrega de alimentos no perecederos de manera mensual. Los productos de la despensa eran abastecidos mensualmente por Diconsa. Funcionaba mediante la creación de una Comisión de Alimentación, formada exclusivamente por mujeres, una Presidenta y cuatro o cinco cocineras, quienes estaban encargadas de la administración y preparación de los alimentos, las cuales habían participado de manera voluntaria por periodos de tiempo indefinidos en el comedor, de acuerdo a sus ocupaciones y disposición de colaborar (García, 2023).

Se ofrecía un desayuno y comida para 100 o 120 personas al día porque es lo que el programa estipulaba, pero era común que sobrara comida dado que únicamente asistían de 15 a 20 personas al

comedor de manera regular. Además, durante un tiempo, se dio comida para 40 niñas y niños de una escuela primaria, pero se dejó de hacer debido a problemas en los pagos y falta de participación de las personas de la comunidad (García, 2023).

El costo de la comida era de diez pesos y con ese dinero se compraban los alimentos perecederos que necesitaban para preparar los platillos, los artículos de limpieza y los utensilios. Para la preparación de alimentos, regularmente asistían dos mujeres del comité semanalmente, las cuales se iban rolando entre las integrantes del Comité y deberían de contar con el apoyo de la Presidenta y otras voluntarias, pero no siempre fue así; incluso, en algunas ocasiones, únicamente estaba una persona encargada de todas las actividades relacionadas con el manejo del Comedor (García, 2023).

El programa de inclusión social PROSPERA fue el primer programa que llegó a San Francisco Oxtotilpan, el cual comenzó en el año 1998 con el nombre de PROGRESA, pero ha cambiado su nombre en las diferentes administraciones presidenciales.

Este programa era el principal programa del gobierno federal para contrarrestar la pobreza, el cual tenía como objetivo el fortalecimiento del cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en condiciones de pobreza, mediante acciones que incrementen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar (Diario Oficial de la Federación, 2015). Estaba dirigido a familias de bajo nivel socioeconómico que les impedían desarrollar las capacidades de sus integrantes en

materia de alimentación, salud y educación (Diario Oficial de la Federación, 2015).

Era un programa de transferencias condicionadas que funcionaba mediante cuatro componentes: a) alimentación: entrega de apoyos monetarios directos para contribuir a que mejoren su alimentación; b) salud: acciones de promoción de la salud para la prevención de enfermedades, y el impulso para el acceso a servicios de salud; c) educación: otorgamiento de becas para incentivar la permanencia y el avance escolar; d) vinculación: brindar información y promover el acceso a otros programas o acciones de gobierno a través de la coordinación interinstitucional (Diario Oficial de la Federación, 2015).

Las becas educativas y los apoyos monetarios directos se entregaban bimestralmente, en efectivo y en forma individual a las y los titulares del Programa, los cuales variaban de acuerdo al número de integrantes que tenían menos de 9 años, y en su caso, al de becarios (as) y grado escolar que cursaban, así como al número de personas adultas mayores incorporadas en el hogar (Diario Oficial de la Federación, 2015). En San Francisco Oxtotilpan estaban inscritas en el programa 300 personas aproximadamente, a quienes les daban \$950 bimestrales como apoyo alimentario y un monto económico por cada hijo que iba a la escuela dependiendo de su grado.

No nos podemos negar

El programa **Apadrina a un Niño Indígena** era considerado un apadrinamiento político, lo cual favoreció que las personas de San Isidro que recibían este programa permitieran que les tomaran fotos sosteniendo un folio, como si fueran presos, para que puedan recibir su despensa, aunque esto

no estuviera estipulado en las reglas de operación del programa. De esta manera, las personas se convierten en reos del gobierno, en una cifra, no en sujetos con derechos.

Carol y Jaime argumentaban que aceptaban esta situación porque lo consideraban una retribución al favor que les estaba haciendo el gobierno. Inclusive, refirieron que podían cooperar para favorecer a ciertas personas o partidos políticos:

[...] a mi me tocó como dos veces así hacerlo y pues si nos dan el apoyo creo que también nosotros tenemos que poner de nuestra parte que ellos demuestren que realmente sí nos están dando la despensa ajá, ese fin tiene (Carol, 35 años, bibliotecaria, comerciante y ama de casa).

Viéndola bien pues, por el lado positivo, ellos tienen que justificar y presentar trabajos, ¿verdad? [...] pero a veces también viéndolo por el lado negativo también como que nada más como para pararse el cuello y a veces pues sí, como que no, no nos convence mucho muy bien, pero también no nos podemos negar, entonces estamos entre la espalda y la pared, si nos negamos vamos a decir ¡caray, ni porque reciben el apoyo!. Ahora, si es pa echarle la mano a cierta persona, también pues ya ni hablar, ¡ya que!. De todas maneras, le vuelvo a repetir, nosotros estamos muy agradecidos [...] yo estoy consciente de esto, que también se va una con otra, si ellos nos hacen ese gran favor pues también uno hay que cooperar; ¿verdad?. No hay que ser muy negativo, ya ellos que lo utilicen para el término que más les convenga, si es para lucrar o si es para demostrar trabajo yo creo que están en su derecho [...] (Jaime, 46 años, campesino).

De igual forma, los miembros de la comunidad aceptaban tomarse la foto con tal de seguir recibiendo sus despensas a pesar de que éstas proporcionen alimentos que no formaban parte de los repertorios alimentarios de uso común de las personas (como es el caso de las verduras enlatadas, la soya texturizada, el huevo en polvo o el chilorio); sin embargo, no la iban a dejar de consumir, en primera instancia porque no iban a rechazar un apoyo gubernamental por temor a no volver a ser tomados en cuenta, y porque era una de las formas con las que a través de los años han tenido acceso a los alimentos, que no estaban dispuestos a abandonar sin tener otro medio que les asegurara su recepción.

No les vamos a decir la verdad

En el **Desayunador Escolar DIF** los miembros del Comité crearon un precio oficial y un precio interno del desayuno que ocultaban al supervisor debido a que las despensas tardaban en llegar y con esto, de acuerdo con Lénica y Laura, se podía evitar que los niños se quedaran sin comida y que el Desayunador continuara en funcionamiento:

Lo que pasa que nosotros ahí hacemos cachirul, ese peso se ahorra por cualquier cosa, lo que pasa que luego no nos alcanza [...] por si nos llega a subir mucho la verdura, que no por un peso vamos a mandar a traer a todos los padres de familia, entonces ese peso nosotros lo guardamos para cuando se necesite no mandar a traer a todos sino que nomás se agarre (Lénica, 31 años, empleada y ama de casa).

Para que ellos vayan guardando y vayan teniendo un fondo para cuando, le digo, por lo mismo que cuando llegue a faltar un poco de despensa o algo pues de ahí van tomando (Laura, 31 años, ama de casa).

El control de la despensa lo llevaban contabilizando porciones, pues les mandaban los productos de acuerdo al número de porciones que necesitaban. Sin embargo, el Comité del **Desayunador Escolar DIF** presentaba al supervisor un número de porciones más elevado del real, lo cual también las llevó a tener un cuarto oficial de despensa y otro cuarto en el que metían los productos que iban sobrando y que ocultaban del supervisor:

[...] también lo manejan por porción la comida, entonces ellos de ahí se guían para estar mandando la despensa, ya saben cuando se va a acabar, entonces lo que hacen, le digo que eso es ahora sí, que es oculto porque las señoras haga de cuenta que le ponen una cierta porción en el libro [...] esa es la que manejan con el supervisor, ya sea de Toluca o de Temas [...] entonces esa despensa se va acumulando en otro cuartito pues y ya cuando nos llegamos a quedar sin despensa pues ya de ahí sacamos [...] porque los niños no se pueden quedar sin desayunar [...] le digo porque nos ha pasado varias veces que en un mes, dos meses no nos mandan -despensa- (Laura, 31 años, ama de casa).

De igual forma, en el **Desayunador Escolar DIF**, las personas se hacían acreedoras a multas en los siguientes casos: 1) El cobro de \$200 para personas con hijos en el kínder y \$150 para personas con hijos en la primaria cuando no asistían a cubrir su turno en el desayunador o cuando llegaban después de las 8:10 am; 2) El cobro del doble del precio del desayuno si no se liquidaba su costo semanalmente.

Estas multas no estaban estipuladas en las reglas de operación del programa, pero Lénica me comentó que fueron creadas por los miembros del Comité y aprobadas en asamblea de padres de fa-

milia con la finalidad de promover la asistencia a participar en las actividades de preparación de alimentos y limpieza del Desayunador, así como el pago oportuno del desayuno:

Lo que pasa que en la semana lunes y viernes son días para pagar y hay personas que pagan hasta el mes, entonces se tomó la decisión que se pague por semana, que vengan lunes o viernes, se dijo en la asamblea que si no lo hacían de esa manera se les iba a cobrar el doble [...] es difícil ganar aquí el dinero pero tampoco hacernos muy conchas porque todos tenemos nuestros gastos [...] pues sí, a veces es mano dura, pero solamente de esa forma nos hacemos responsables (Lénica, 31 años, empleada y ama de casa).

Sin embargo, la figura de las multas generó enojo y problemas entre las personas de la comunidad y las mujeres del comité del desayunador, tal como me comentó Hilaria:

No, hijoles [...] yo la verdad sí, yo estoy en contra de las multas, le digo yo la verdad no tengo dinero y ni de dónde dar, de dónde sacar [...] imagínese aquí no hay dinero, no hay trabajo y ¿de dónde vamos a sacar dinero para que nos multen? [...] y la verdad se enojaron muchas personas se enojaron conmigo, me dejaron de hablar, pero por qué se enojan conmigo, le digo, por unos pesos le digo, no vale la pena, le digo, solamente hubiera matado a alguien voy de acuerdo pero le digo y le digo, no, no se vale (Hilaria, 42 años, ama de casa y campesina).

En el caso del programa **PROSPERA**, se observó el caso de una familia que mintió en su reporte de presupuesto de gastos mensuales con la intención de no perder el programa. Platicando con Valen-

tina de esta situación, ella me dijo “*es que no les vamos a decir la verdad porque si no nos van a quitar el programa*”.

Para hacer su reporte ficticio, esa familia recurrió al cálculo de sus ingresos como si fueran campesinos, a pesar de que su actividad económica principal era ser comerciantes. A esta cantidad le sumaron \$100 pesos de luz, \$500 de transporte, \$120 de gas, \$150 pesos diarios de comida que es una cantidad mucho menor a la que gastan en realidad. De tal forma que, con estos cálculos, esta familia tuvo mucho cuidado para que les diera un gasto total de \$815, que es justo el recurso económico que reciben de parte del programa.

Esta familia mintió en los datos que reportaron en el censo que les hacían por parte del Programa para saber si son acreedores o no, incluso durante el censo estuvieron en otra casa para que no pudieran ver sus verdaderas condiciones de vivienda. Así fue lo que Valentina y Doña Lucrecia me comentar al respecto:

Ahorita ya vienen a hacernos el censo aquí a la casa porque mucha gente no decimos la verdad de lo que tenemos. Te preguntan ¿tiene estufa de gas?, pues si eres honesto vas a decir sí o no, lo que sea la verdad, ¿tiene refrigerador?, ¿tiene televisión?, ¿tiene luz?, ¿tiene licuadora?, ¿en qué trabaja su esposo?, ¿en qué trabaja usted? [...] todo eso te preguntan, entonces dependiendo de lo que tú contestes puede ser que corras con la suerte, yo por ejemplo los pasé aquí -señalando la casa de sus suegros y la cocina de madera- (Valentina, 44 años, comerciante y ama de casa).

Realmente como en todo buen mexicano tendemos a mentir, entonces hay gente que realmente no lo necesita, aquí hay gente que tiene dinero,

como los de Mesón Viejo, no se diga, es gente de mucho dinero y tienen Prospera -risa- (Lucrecia, 46 años, comerciante y ama de casa).

En este sentido, Esther comentó que la familia de un servidor público de la comunidad recibía **Prospera** a pesar de que sus reglas de operación estipulaban lo contrario:

Ahí está Don Lucio, el de la tienda, él tiene dinero, tiene hartas casas y ahí en el programa viene que un servidor público no debe de tener ese apoyo [...] él era regidor y a su esposa nunca le quitaron el apoyo [...] ella hasta suerte tiene porque nunca le han quitado, eso tampoco está bien (Esther, 46 años, comerciante y ama de casa).

No se lo está robando

Una estrategia que utilizaron los miembros de la comunidad como contrapeso para el funcionamiento local de los programas de alimentación fue el llevar a sus hogares comida elaborada con los productos del **Desayunador Escolar DIF** como del **Comedor Comunitario Sin Hambre**.

En cuanto a las reglas de operación del **Comedor Comunitario Sin Hambre** estipulaban que se prepararan de 100 o 120 raciones de comida al día, pero de acuerdo a las listas de asistencia, regularmente se ofrecía comida únicamente para sesenta personas; por lo cual, la mitad de lo que se cocinaba diariamente no era consumido por las personas que asistían al comedor, pero las cocineras se lo repartían para llevarlo a casa.

En relación a lo descrito en el párrafo anterior, las cocineras decían abiertamente que ellas comían ahí como retribución por su trabajo, pero intentaban ocultar que se llevaban a sus hogares

el sobrante de la comida que se preparaba. Inclusive, todas las mujeres del comité se llevaban comida en *tuppers* o trastes que llevaban desde casa y también se llevaban productos de la despensa, como leche o jugo. Incluso, cuando se llegaba a terminar la comida del día, preparaban algo más, como ensalada de atún y se la repartían para llevarla a sus casas.

También se observó durante las actividades de apoyo en el Comedor Comunitario que la ex presidenta del comité asistía frecuentemente por comida, sin embargo, simulaba que la pagaba, pero no entregaba dinero. Iba con sus tres hijos que acababan de salir de la escuela, por lo que metía la comida y jugos en sus mochilas, cargadas al máximo, incluso se quejaban por el peso y ella se ponía nerviosa. Además, durante las visitas a la casa de la ex presidenta del comité se pudo observar envases de productos de la despensa del Comedor Comunitario.

Una forma de legitimación de este fenómeno fue reportada por Lola, la ex presidenta del comité, quien comentó que el supervisor autorizó que las mujeres que participaban en las actividades del comedor tenían la posibilidad de llevar comida a sus hogares a manera de pago, siempre y cuando lo anotaran en las listas de control:

Unas señoras que las invité me decían hay mucha leche, hay mucha sardina, hay mucho atún, ¿no me puedes reglar? [...] ahorita ya me dijeron ¿saben qué? sí se pueden llevar, nada más que simplemente anótemelo lo que les va a dar, le distes un litro de leche, ¿por qué? porque se lo ganó [...] está trabajando y se lo está ganando, no se lo está robando [...] que sí se puede hacer eso, es que hay personas que sí lo necesitan, a que se eche a perder mejor dáselo [...] (Lourdes, 45 años, ama de casa).

En el caso del **Desayunador Escolar DIF**, se observó que les daban comida para llevar a quienes fueran a apoyar en las actividades del desayunador. Se las servían en bolsas, botes o envases vacíos de leche o refresco. También les daban atoles en polvo o sobres de bebidas de horchata, así como bolsas de soya texturizada y que vendían litros de leche en tetra pack aunque tenían la leyenda de “*prohibida la comercialización*” del producto. Ante esta situación, era frecuente que ocultaran con bolsas grandes la comida que llevaban, de manera similar a lo que ocurría en el comedor, que estaba legitimado de manera interna, pero no por toda la comunidad.

Discusión

El clientelismo político opera mediante el intercambio personalizado de favores, servicios y bienes, está basado en la creación de vínculos asimétricos y jerárquicos que, por lo regular, no favorecen al cliente (Auyero, 2008). Además, el clientelismo favorece mantener un control político (Landini, 2012) al articularse con la lógica de acumulación de poder de la cual se aprovechan para lograr sus objetivos (Landini, 2013).

De acuerdo con Audelo (2004), las relaciones clientelares implican un vínculo entre un cliente y un patrón, en el que la lealtad y el apoyo del cliente surgen como respuesta de los bienes proporcionados por el patrón; por lo tanto, estas prácticas son favorecidas en contextos de pobreza (Silvetti y Cáceres, 1998. en Landini, 2012), en los que son utilizadas de manera rutinaria para resolver los problemas de los clientes (Auyero, 2002), dado que el clientelismo constituye una estrategia de supervivencia de los clientes quienes hacen uso de estos vínculos porque únicamente de esta forma parecen encontrar un reconocimiento subjetivo a sus necesidades (Landini, 2012).

En esta investigación se logró constatar la manera en que el padrino político fue un elemento clave clientelar para favorecer que las personas se sintieran con la obligación de retribuir al gobierno estatal en lugar de visualizarlo como parte de las obligaciones del Estado para garantizar su derecho a la alimentación.

Para Rivelois (1999), “*el padrino político*” funciona como reconocimiento político, en el que una familia se asocia con un “*padrino político*” para obtener beneficios. Así, el padrino consigue poder con las deudas morales y financieras que da a su ahijado visualizadas como favores (Nieto, 2011), constituyendo un componente esencial del clientelismo político (Rivelois 1999).

Bajo estas presunciones, los miembros de la comunidad lo consideraban un acto “moral”, por lo que se sentían con la responsabilidad de agradecer la recepción del programa, nuevamente, visualizándolo como dádiva y no como derecho, tal como se observó en el programa **Apadrina a un niño indígena**.

Este intercambio político constituye uno de sus medios de obtención de alimentos, ya que al tener acceso limitado a los recursos difícilmente podrían conseguirlos por otra vía, además de que la búsqueda de ayudas provenientes de recursos públicos ha sido una de las formas más comunes a la que muchos campesinos han necesitado recurrir para satisfacer sus necesidades (Landini, 2013).

Por otro lado, las prácticas clientelares no son unidireccionales, pues de acuerdo con Landini (2012), la relación clientelar no sólo se impone desde arriba, sino que además puede ser reclamada de manera activa por aquellas personas que quieran beneficiarse. Los datos recabados muestran que las personas que recibían el programa

de **Desayunos Escolares del DIF** y **Prospera** ejercieron su capacidad de agencia buscando estrategias para poderse beneficiar mejor o con más ventajas de los programas, así sea haciendo prácticas no permitidas (Long, 2007). Esta situación hace que las personas que recibían el programa **Prospera**, así como las cocineras del **Desayunador Escolar DIF** y el **Comedor Comunitario Sin Hambre** recurrieran a la práctica de actividades irregulares, es decir, actividades descritas con anterioridad que, estrictamente hablando son ilegales, tales como ocultar información o llevarse comidas a sus casas, pero que son toleradas y protegidas socialmente para acceder a bienes y recursos que de otra manera no podrían alcanzar (Alba et al., 2015).

Desde el punto de vista de las personas que reciben los programas, estas actividades irregulares fueron realizadas para que los programas de alimentación pudieran funcionar a nivel local. Lo anterior es reflejo de la brecha existente entre el diseño y operacionalización lo cual no es una deficiencia por negligencia o desconocimiento (considerando la historia de los programas de alimentación en México); sino por la manera en la que los funcionarios, operadores y beneficiarios consideran prioritario atender para mantener su poder.

Además, las actividades irregulares realizadas por las cocineras del **Desayunador Escolar DIF** y del **Comedor Comunitario Sin Hambre** fueron visualizadas como una forma de retribución por su trabajo, ya que las reglas de operación del programa fueron desarrolladas bajo la postura neoliberal y tecnócrata de la participación social, la cual desvirtúa por completo la perspectiva crítica de la participación comunitaria y legitima la carga de trabajo ocasionada por estos programas (Hevia, 2009). Así, el **Desayunador Escolar DIF**

y el **Comedor Comunitario Sin Hambre** utilizaron esta labor como un empleo no remunerado, sin derechos sociales para sus trabajadoras, ocasionando prácticas asistencialistas y explotación en lugar de una participación activa y crítica, tal como lo describen Tanaka y Trivelli (2002) en el caso de las políticas sociales peruanas durante la época de Fujimori.

Todas estas prácticas nos muestran cómo los actores locales transforman las reglas de operación de los programas de alimentación como estrategia para su funcionamiento local, dado que todos los programas sociales se introducen necesariamente en los modos de vida de las y los sujetos a los que van dirigidos.

Conclusiones

Esta investigación mostró algunas de las formas en las que las personas de San Isidro interpretaron y vivieron su proceso alimentación-nutrición, reconociendo el hecho de que para que pudieran tener acceso a los alimentos tuvieron que establecer una serie de relaciones políticas.

El clientelismo político experimentado en los programas de alimentación de San Isidro se caracterizó por dos elementos clave que interactuaron entre sí de manera dialéctica; por un lado, por la presencia de “*lazos clientelares*” que no únicamente visualizan al clientelismo político como “*prácticas*” clientelares, sino como “*lazos*” de co-dependencia que influyen en la democratización al transformar derechos por favores (García, 2023); y, por otro lado, por la presencia de un “*habitus clientelar*” que evidencia el carácter cotidiano del clientelismo político al legitimar y normalizar estos “*lazos clientelares*” no únicamente durante periodos electorales, sino como parte de su día a día, al operar como red de solución de

problemas para las personas en condiciones de pobreza a través de actividades de reciprocidad que utilizan para la resolución de problemas y como forma de obtención de recursos y alimentos a los cuales no podrían acceder si no fuera por estos lazos (Auyero y Benzecry; 2016).

Si bien se pudo ejemplificar los lazos de dominación que implica el clientelismo político, tales como la toma de fotografías para poder recibir despensas alimentarias convirtiendo derechos por favores, también se demostró que las personas ejercen su capacidad de agencia al realizar estrategias dentro de sus posibilidades como retribución por el trabajo que les solicitan hacer gratuitamente o para garantizar el funcionamiento interno de los programas. Además, se observa que la política clientelar sucede de manera cotidiana en el día a día y no únicamente en tiempos de campañas políticas y elecciones, pues el clientelismo adquiere un carácter cotidiano al operar como red de solución de problemas para las personas en condiciones de pobreza.

Por lo tanto, el *habitus clientelar* se constituyó en una de sus maneras para acceder a los alimentos, lo cual, constituye en sí la lógica del dominio clientelar, pues el poder que ejerzan los patrones y los mediadores se relaciona por los recursos que proveen; sin embargo, el poder del clientelismo como una institución se sostiene en virtud del funcionamiento del *habitus* clientelista establecido en y por las mismas personas que dependen de estos lazos.

Esta investigación nos da luz para dar algunas respuestas a las siguientes preguntas: ¿por qué las personas mantienen relaciones clientelares?, ¿cuál es la lógica del dominio clientelar?. Una manera de analizarlo tiene que ver con que las personas lo hacen porque les interesa recibir algo

a cambio que de otra manera les sería más complicado adquirir; pero también observamos que las personas se comportan así porque sienten la obligación de hacerlo, como manera de retribución hacia los mediadores o políticos que les han brindado algún recurso.

Además, mientras los programas continúen estos lazos clientelares de co-dependencia no se lograrán los objetivos para los que realmente fueron creados, pues no se transforma la estructura ni se dan las herramientas para que las personas salgan de la pobreza. Resulta interesante que ni el Estado ni las personas de las comunidades pretendan salir de estos lazos clientelares de dependencia, pues de esta forma, tanto el Estado como las y los sujetos se ven beneficiados, aunque este beneficio no es el mismo para ambas partes, pues las estructuras de poder y desigualdad no lo permiten.

Finalmente, desde el punto de vista de la Salud Colectiva, esta situación obstaculiza la construc-

ción de ciudadanía, situando a las personas de San Isidro en una posición de mayor vulnerabilidad a la que ya están expuestas y no garantiza el cumplimiento de su derecho a la alimentación y pone en riesgo su salud, su nutrición y su seguridad alimentaria.

Los programas alimentarios deberían lograr precisamente lo contrario, es decir, construir ciudadanía, brindar el soporte necesario para que las personas obtengan las herramientas para transformar su entorno, su alimentación y su salud. Al no lograr con este cometido, los programas sociales se convierten únicamente en generadores de dependencia, logrando el cometido de las políticas neoliberales y continuando la dominación de unos sobre otros; que en este caso, es la dominación del Estado sobre los ciudadanos.

Referencias bibliográficas

- ADELANTADO, J., y SCHERER, E. F. (2008). “Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina”, *Revista Chilena de Administración Pública*, Núm. 11: 117-134.
- ALBA, C., LINS RIBEIRO G., y MATHEWS G. (2015). *La globalización desde abajo. La otra economía mundial*. México: Fondo de Cultura Económica / El Colegio de México.
- APPENDINI, K. A. (2001). *De la milpa a los tortibonos: la reestructuración de la política alimentaria en México*. México: Colegio de México Centro de Estudios Económicos.
- AUDELO, J.M. (2004). “¿Qué es clientelismo? Algunas claves para comprender la política en los países en vías de consolidación democrática”. *Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, vol.12, Núm. 24: 124-142.
- AUYERO, J. (2001). *La política de los pobres: las prácticas clientelistas del peronismo*. Buenos Aires: Cuadernos Argentinos Manantial.
- AUYERO, J. (2002). “Clientelismo político en Argentina: doble vida y negación colectiva”. *Perfiles Latinoamericanos*. Núm. 20: 33-52.
- AUYERO, J. (2008). “Repensando el tropo del clientelismo político”. *Cuadernos de estudios sociales urbanos*. Núm. 3: 5-35.
- AUYERO, J. (2012). “Los sinuosos caminos de la etnografía política”. *Revista Pléyade*. Núm. 10: 15-36.

- AUYERO, J., y BENZECRY, C. (2016). “La lógica práctica del dominio clientelista”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 61, Núm. 226: 221-246.
- BERTRÁN, M. (2005). *Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CORZO, S. (2002). *El clientelismo político como intercambio*. España: Institut de Ciències Polítiques i Socials (ICPS).
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2015). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2016. México. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421756&fecha=30/12/2015#gsc.tab=0 (consulta 5 de abril de 2024).
- GACETA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO. (2016a). Acuerdo de la Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social Desayuno Escolar Comunitario.
- GACETA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO. (2016b). Acuerdo del vocal ejecutivo del Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los pueblos indígenas del Estado de México, por el que se modifican las reglas de operación del programa de Desarrollo Social Apadrina a un Niño
- GALLINA, A., y VERRIER, R. (2006). *Poder y Participación en la Era de la Globalización*. Uruguay: Ediciones Trilce.
- HEVIA, F. (2009). “Mecanismos de participación ciudadana y control social en los programas de transferencia condicionada de renta en México y Brasil, un análisis comparado”. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, vol. 22, Núm. 2: 1-21.
- INEGI. (2021). Censo de Población y Vivienda 2020. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=150860029#collapse-Resumen> (consulta 5 de abril de 2024).
- LANDINI, F. P. (2012). “Prácticas clientelares y control político en la experiencia campesina de Argentina”. *Perfiles Latinoamericanos*, vol. 20, Núm. 40: 205-226.
- LANDINI, F. P. (2013). “Asistencialismo y búsqueda de ayudas como estrategia de supervivencia en contextos campesinos clientelares”. *Polis*, vol. 12, Núm. 34: 184-202.
- LONG, N. (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. México: El Colegio de San Luis/ CIESAS.
- LÓPEZ, O., RIVERA, J. A., y BLANCO, J. (2011). “Determinantes sociales y salud en México. Cambios, rupturas y perspectivas”. En: Chapela, Ma. del C., y Contreras, Ma. E. (coord.) *Pensar el futuro de México, Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 93-124.
- NIETO, N. (2011). “La socialización de las élites políticas mexicanas a través de la corrupción”. *Análisis Político*, vol. 24, Núm. 71: 165-181.
- ORTIZ, A. S., VÁZQUEZ, V., y ESTRADA, M. (2005). “La alimentación en México: enfoques y visión a futuro”. *Estudios Sociales*, vol. 13, Núm. 25: 7-34.
- RIVERA-MÁRQUEZ, J. A., LÓPEZ, S., ALFARO, G., y GONZÁLEZ-DELGADO, A. (2015). “El derecho a la alimentación en México”. En: López O., y López S. (coord.). *Derecho a la salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 111-151.
- SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL (2015); ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos del Programa de Comedores Comunitarios de la SEDESOL. México.
- SILVETTI, F., y CÁCERES, D. (1998). “Una Perspectiva Sociohistórica de las Estrategias Campesinas del Noroeste de Córdoba, Argentina”. *Debate agrario*, vol. 28: 103-127.
- TANAKA, M., y TRIVELLI, C. (2002). *Las trampas de la focalización y la participación. Pobreza y*

- políticas sociales en el Perú durante la década de Fujimori*. En: Perú: Instituto de Estudios Peruanos.
- TORRES, G., DEL ROBLE, M. (2002). “Las políticas sociales alimentarias y la reforma del Estado en América Latina. La discusión vigente”. *Espacio Abierto*, vol. 11, Núm. 2: 227-250.
- VEGA, R, JARA, M.I. (2002). “Década de los noventa: Discurso de la focalización de subsidios en salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, Núm. 2: 82-112.
- VITE M. Á. (2001). “Clientelismo político y exclusión social: el caso de Cuauhtémoc”. *Sociología*, vol. 16 Núm. 47: 199-238.
- VIVALDO V. M., y LÓPEZ, S. (2009). “Treinta años de políticas públicas para el envejecimiento en México”. En: Piña-Morán, M.E y Olivo, M.G (coords.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Inclusión y derechos de las personas mayores*. Santiago de Chile: Universidad Central, 111-123.

Atención Primaria de Salud durante la pandemia de COVID-19: análisis cualitativo de textos

Luis Ángel González Rojo* • Andrea Elizabeth Araujo Saldivar**
Gustavo Ruiz Rafael*** • Roselia Arminda Rosales Flores****

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 expuso deficiencias y desigualdades en el acceso y la cobertura de los servicios sanitarios, generando una sinergia negativa que ha afectado especialmente a los grupos históricamente marginados. Las respuestas y estrategias colectivas se centraron en enfoques tradicionales, fundamentados en una visión higiénico-preventivista. **Objetivo.** Analizar fuentes documentales publicadas en revistas científicas que abordaron la Atención Primaria de Salud en el contexto de la pandemia para identificar las nociones teóricas, así como sus prácticas realizadas durante la emergencia sanitaria, los actores sociales involucrados y los territorios en donde se ejecutaron dichas acciones. **Metodología.** Se basó en un análisis cualitativo de textos de 15 artículos científicos extraídos de la base de datos de Redalyc, utilizando las siguientes palabras clave: Atención Primaria de Salud, COVID-19 y América Latina. Criterios de inclusión. Temporalidad de 2020-2024, idioma español y portugués. **Conclusiones y discusión.** A partir del análisis de estos textos, se resalta la necesidad de recuperar la concepción de la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, teniendo en cuenta que estas acciones deben considerar las desigualdades sociales y la urgencia de reorganizar los servicios de salud para abordar los problemas relacionados con la salud-enfermedad- atención- cuidado y muerte. Al mismo tiempo, se subraya la importancia de diseñar una política de Salud Pública que no solo impacte en los servicios sanitarios, sino que abarque todos los sectores del Estado. Finalmente, las acciones emprendidas deben promover la participación comunitaria para incidir en la problemática, sobre todo es menester la lucha por el derecho a la salud y al acceso equitativo a servicios sanitarios de calidad para enfrentar futuras pandemias.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud, COVID-19, América Latina, territorio, actores sociales, prácticas en salud.

* Estudiante de la Maestría en Medicina Social (UAM-X). Correo electrónico: luis_glez_rojo@hotmail.com

** Estudiante de la Maestría en Medicina Social (UAM-X). Correo electrónico: andelizabetharaujo@gmail.com

*** Estudiante de la Maestría en Medicina Social (UAM-X). Correo electrónico: gusrafer19@gmail.com

**** Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Correo electrónico: roselia.rosales@uacm.edu.mx

Fecha de recepción: 13 de enero de 2025.

Fecha de aceptación: 10 de junio de 2025.

Primary Health Care during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Texts

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic exposed deficiencies and inequalities in access to and coverage of health services, generating a negative synergy that has particularly affected historically marginalized groups. Collective responses and strategies focused on traditional approaches, based on a hygienic-preventive vision. **Objective.** To analyze documentary sources published in scientific journals that addressed Primary Health Care in the context of the pandemic, in order to identify theoretical notions, as well as its practices during the health emergency, the social actors involved and the territories where such actions were carried out. **Methodology.** It was based on a qualitative text analysis of 15 scientific articles extracted from the Redalyc database, using the following keywords: Primary Health Care, COVID-19 and Latin America. Inclusion criteria. Temporality of 2020-2024, Spanish and Portuguese language. **Conclusions and discussion.** From the analysis of these texts, the need to recover the Alma-Ata Primary Health Care conception is highlighted, taking into account that these actions should consider social inequalities and the urgency of reorganizing health services to address problems related to health-disease-attention-care and death. At the same time, the importance of designing a Public Health policy that not only has an impact on health services but also encompasses all sectors of the State is emphasized. Finally, the actions undertaken should promote community participation to influence the problem, especially the fight for the right to health and equitable access to quality health services to face future pandemics.

KEYWORDS: Primary Healthcare, COVID-19, Latin America, territory, social actors, health practices.

Introducción

El desarrollo histórico de la Atención Primaria en Salud (APS) como campo disciplinar y práctica en salud ha dado lugar a diversas —y a veces contradictorias— concepciones. Es importante la revisión del concepto, porque tiene implicaciones en las acciones que se realizan para enfrentar las problemáticas asociadas al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y muerte. Las diferentes concepciones de la APS se traducen en acciones parciales y focalizadas sin adoptar una mirada integral e interseccional.

La APS desde la mirada biomédica privilegia acciones de prevención, curación y rehabilitación. Esta perspectiva ha permeado en la población, en el personal de salud y en la comunidad científica, quienes habitualmente, al investigar sobre la APS se enfocan en promover acciones reduccionistas y lineales sin una mirada que comprenda los problemas en su complejidad. Prima la explicación de la realidad a partir de la causalidad biológica y preventivista del riesgo, responsabilizando a las personas de su salud; la educación se orienta a la prevención, desvinculada del contexto social. De acuerdo con Menéndez (1988), esto se ha considerado el modelo médico hegemónico (MMH), el

cual hace referencia a prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica.

La Declaración de Alma-Ata, adoptada en 1978, tuvo como objetivo fundamental lograr “Salud para todos en el año 2000” (Mittelbrunn, 2013). Sin embargo, un año después, en Bellagio, el espíritu de la APS definido en Alma-Ata se vio distorsionado. El propósito de esta conferencia fue promover la creación de paquetes básicos de salud de bajo costo, dirigidos especialmente a la denominada “población vulnerable”. Este enfoque dio origen a una versión “selectiva” de la APS, que sus principales defensores argumentaban como más económica y eficaz que la concepción de Alma-Ata. Como resultado, la noción auténtica de la APS fue alterada a nivel internacional, adoptando estrategias higiénico-preventivistas de bajo costo para mejorar el nivel de salud (Aguilar, 2009).

Cabe destacar que la concepción de APS de Alma-Ata, fue definida como (OPS/OMS, 1978):

La APS es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica, y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (p.2).

Este enfoque de APS trasciende el ámbito de los servicios sanitarios tradicionales —promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades y atención clínica— para enfatizar acciones sobre el acceso a agua potable y saneamiento básico; la seguridad alimentaria y nutri-

ción adecuada; y la salud sexual y reproductiva. Asimismo, la APS comprende, cuando menos, las siguientes actividades (OPS/OMS, 1978):

La educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; e inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales. (p. 2)

Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud, define a la APS como (WHO & UNICEF, 2018):

Un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (p.12).

Es decir, las intervenciones en APS, tanto a nivel individual como colectivo, deben ampliar la mera provisión de servicios básicos de salud para abordar integralmente los contextos donde se desarrolla la vida cotidiana de las poblaciones (OMS, 1986), reconociendo que las condiciones materiales de existencia determinan la salud. Para ello es necesario la elaboración de las políticas

sociales, ya que a partir de estas se puede alcanzar una mayor equidad en las condiciones de salud de las personas. La APS debe implementarse mediante acciones integrales e integradas, articuladas con las diferentes etapas del curso de vida de las personas. Este enfoque garantiza una atención adaptada a las necesidades específicas de cada colectivo.

Otras posturas refieren a la APS como “la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal” (Salvador-Moysén *et al*, 2021, p. 106), integran en la definición la necesidad de que el enfoque en salud sea inclusivo, interseccional e intersectorial y centrado en las personas, realizando intervención territorial para accionar en los determinantes sociales de la salud, adoptando políticas sociales más equitativas y de bienestar (Giovenella *et al*, 2015).

La APS integral e integrada – promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención bio-psico-socio-cultural – tiene un rol fundamental y debe ser el centro de los sistemas sanitarios de enfoque territorial colectivo, comunitario, centrados en el cuidado integral de la persona, la familia y las comunidades con visión epidemiológica crítica, preocupada por las determinaciones sociales del complejo proceso transmisión-aislamiento-tratamiento y no solamente en contar casos y muertes (p. 22).

El derecho a la salud está intrínsecamente vinculado a otros derechos fundamentales, como la alimentación, la educación, el acceso a servicios sanitarios y el trabajo digno. En este contexto, diversos regímenes de corte socialdemócrata han implementado modelos de APS. Estos modelos se fundamentan en tres componentes: el enfoque comunitario y familiar, la participación social activa y la construcción de sistemas universales de

salud (Giovanella *et al*, 2015; Diario Oficial de la Federación, 2022, 2024).

*Con los cambios políticos en procesos de re-democratización y asunción de gobiernos más comprometidos [en comparación del resurgimiento de gobiernos conservadores, tal es el caso de Estados Unidos y de algunos países del subcontinente latinoamericano con la justicia social] se observa un proceso de revitalización de la APS en su abordaje integral de acuerdo con la concepción de Alma-Ata. Se busca la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que inciden sobre los determinantes sociales para promover la salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud. (Giovanella *et al*, 2015, p. 301)*

Estos cambios políticos progresistas logran impactar en las prácticas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con el fin de fortalecer la acción desde los territorios, la participación social, la acción intersectorial y la construcción de sistemas públicos universales de salud.

En ese marco, los sistemas de salud que están mejor equipados para enfrentar las crisis sanitarias son los que logran desarrollar la APS integral e integrada (Giovanella *et al*, 2021). Por ello, se considera adoptar el marco teórico-metodológico de la epidemiología crítica propuesto por Breilh (2003). Este enfoque analiza la determinación social del proceso salud-enfermedad; trasciende el enfoque individualista; considera las dimensiones estructurales que lo configuran, y proporciona herramientas conceptuales para intervenciones integrales.

De acuerdo con lo anterior, es importante destacar que la APS como campo disciplinar y de acción, debe ser capaz de integrar conceptos críticos de las ciencias sociales. En primer lugar, es necesario definir territorio. El territorio se define como un espacio geográfico y cultural que está determinado sociohistóricamente, donde se manifiestan la salud-enfermedad-atención-cuidado y muerte (Blanco-Gil, 1991). En el territorio se manifiestan el núcleo irreductible de necesidades básicas y el acceso a los satisfactores. El acceso diferenciado de estos satisfactores se expresa en las desigualdades sociales y de salud.

Otro concepto que es necesario retomar en el campo de la APS es el de actores sociales (AS). Los AS hacen referencia a sujetos y colectivos que buscan espacios de participación, denunciando, demandando o interfiriendo en acciones públicas, particularmente las gubernamentales (Granados *et al*, 2007).

En el sector salud, los AS comprenden al personal que presta servicios en los espacios de atención a la salud. Este colectivo incluye: personal operativo, profesionales de la salud (médicos, enfermeros, entre otros) y técnicos sanitarios; personal administrativo: equipo secretarial, directivo y de logística. Estos actores realizan acciones para la implementación de la APS, desarrollando funciones específicas según su perfil. Existen otros actores que juegan un papel fundamental en el desarrollo de las acciones de APS que operan fuera del ámbito institucional, estos AS son los agentes comunitarios que forman parte activa de los territorios.

En el sector salud, el *habitus* institucional puede estar permeado por la conceptualización tradicional de APS centrada en la enfermedad, con

respuestas curativas y de rehabilitación, privilegiando la atención individual; o por una perspectiva crítica que hace énfasis en una visión sobre la vida y la salud, centrada en los valores de solidaridad, justicia social, sostenibilidad y sustentabilidad, buscando proponer iniciativas desde la APS integral e integrada fortaleciendo la intervención territorial, la participación social y la acción intersectorial. De tal manera que la integralidad se conciba como un ejercicio de entrelazar las estrategias de acción con el curso de vida promoviendo la participación social como la capacidad real para la toma de decisiones (Feo, 2015).

Un caso similar es la Promoción de la Salud (PS), reconocida tradicionalmente como función esencial de la Salud Pública (SP), presenta tensiones en su implementación práctica. Pese a la existencia de programas académicos especializados que formulan un abordaje complejo en América Latina (Arroyo, 2009), con frecuencia es realizado por personal no especializado como trabajadores de salud sin formación específica; voluntarios sin capacitación formal. El abordaje tradicional de la PS se ha centrado en la promoción de hábitos saludables y factores protectores, asignando a los individuos la responsabilidad sobre su salud. En contraste, un enfoque crítico concibe la salud como un recurso para la vida cotidiana y un derecho fundamental (Rosales *et al*, 2016).

La pandemia de COVID-19 y las prácticas para su enfrentamiento

La pandemia de COVID-19 constituyó un desafío global, regional y local que demandó diversas acciones a nivel individual y colectivo por parte de los Estados para hacer frente a la emergencia sanitaria. En el manejo de la pandemia, las acciones de APS adoptaron un enfoque médico y

epidemiológico tradicional, caracterizado por sus acciones individuales e higiénico-preventivistas. Estas medidas, por ejemplo, se centraron en el uso de cubrebocas, gel antibacterial, el correcto lavado de manos, la sana distancia, el confinamiento, la información sobre signos y síntomas de alarma, medidas de aislamiento social y vacunación (Laurell, 2020; Gobierno de México, s.f).

La centralidad de la perspectiva médica y la atención exclusiva al problema de la enfermedad subestimaron los impactos socioeconómicos y políticos de la pandemia. Además, se dejaron de lado las formas de vida de los distintos colectivos, sus patrones de trabajo y consumo, sus formas organizativas y sus culturas (Pereira-Abagaro *et al*, 2021).

Desde el enfoque de la APS crítica, estos elementos deberían integrarse no solo en la gestión de pandemias o eventos críticos, sino de manera continua, con el fin de construir una base sólida para transformar las condiciones de salud de las poblaciones. Para examinar esta premisa, se analizaron artículos científicos desde una perspectiva crítica, contrastando las nociones teóricas de APS y los elementos que las constituyen. El estudio se centró en el análisis de fuentes documentales publicadas en revistas científicas durante la pandemia de COVID-19, con tres objetivos específicos: (1) identificar las nociones de APS movilizadas en dicho contexto, (2) caracterizar las prácticas implementadas durante la emergencia sanitaria, y (3) mapear a los AS involucrados y los territorios donde se ejecutaron estas acciones.

Metodología

Esta investigación es un análisis cualitativo de textos centrados en APS en el contexto de la pan-

demia de COVID-19, el cual permitió, a partir de cuatro categorías analíticas, examinar la literatura científica en diversos contextos de la región de América Latina.

La búsqueda se realizó en la base de datos, Redalyc, dado que esta ofrece acceso libre a diversas fuentes documentales para su consulta de manera gratuita. Además, el repositorio de esta base recupera, en su mayoría, artículos científicos relacionados con las ciencias de la salud. Cabe destacar que se eligieron los idiomas español y portugués porque la búsqueda se limitó a fuentes documentales producidas en América Latina.

La estrategia de búsqueda se basó en la sistematización de los artículos elegidos (Tabla 1). Esto permitió identificar las palabras clave más utilizadas, las revistas donde se publicaron los artículos, las instituciones de adscripción de las y los autores, así como los espacios académicos y la participación de investigadoras e investigadores.

Los artículos considerados para el análisis fueron aquellos que se denominan como “originales” y de “revisión”. Finalmente, la temporalidad que se consideró para la búsqueda de las fuentes documentales se limitó al periodo 2020-2024, ya que en esa temporalidad correspondió al contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19.

Distribución geográfica

Al realizar una primera búsqueda nos permitió identificar los países de América Latina que tienen mayor producción científica sobre el tema, se encontró un total de 55,060 artículos se observó la siguiente distribución geográfica: Colombia (12,595), México (10,593), Brasil (10,544), Argentina (5,914), Cuba (3,190), Costa Rica

(2,969), Ecuador (2,352), República Bolivariana de Venezuela (2,059), Chile (1,712), Perú (1,575), Uruguay (652), Estado Plurinacional de Bolivia (415), Paraguay (312) Puerto Rico (73), República Dominicana (61) y Panamá (44). De los artículos seleccionados predominan: Argentina y Brasil (3 artículos); Perú y Cuba (2 artículos); y Colombia, Ecuador, Chile, Venezuela y Guatemala (1 artículo) para cada caso. Posteriormente, se seleccionaron 15 artículos, los cuales fueron considerados para ser sometidos al análisis (ver Tabla 2). Es importante referir que estos 15 artículos fueron elegidos para el análisis dado que cumplieron con los criterios de inclusión que se establecieron durante la búsqueda en la base de datos Redalyc.

Palabras clave

El análisis de palabras clave de los artículos seleccionados reveló una clara predominancia de términos relacionados con la APS, la pandemia de COVID-19 y conceptos asociados como sistemas de salud, territorios y prácticas comunitarias. Estos términos sugieren un enfoque integral que conecta la APS con los desafíos emergentes durante la crisis sanitaria global. Los 15 artículos analizados contienen un total de 62 palabras clave:

La palabra clave mencionada con mayor frecuencia es atención primaria de salud (10 veces), COVID-19 (8 veces), enseguida pandemia (6 veces), y sistemas de salud (2 veces). Cabe destacar que 36 palabras se mencionaron una sola vez, entre ellas: consejería, salud mental, Guatemala, emergencia por COVID 19, atención psicosocial, redes en salud, uso de técnicas de información, comunicación en salud, atención integral de salud, estudiantes, Cuba, pesquisa, zonas fronterizas, primeros auxilios, período posparto, teoría fun-

damentada, política pública, educación en salud, modelos de atención, primer nivel de atención, infecciones por coronavirus, Buenos Aires, equipo de salud, condiciones de trabajo, emociones, dengue, intervención, zika, chikungunya, vectores, salud, determinantes sociales de la salud, territorio, política de salud, estrategia y agentes comunitarios de salud.

Para el análisis, se construyó una base de datos en Excel, en la que se registraron los siguientes componentes de cada artículo: conceptualización de la APS, objetivos del documento, metodología, resultados y conclusiones (ver Tabla 2). Posteriormente, se realizó el análisis crítico de los artículos seleccionados utilizando las siguientes categorías analíticas: (1) Noción tradicional y noción crítica de la APS: se exploró la forma en que los estudios abordan las diferentes concepciones de la APS; (2) Prácticas tradicionales y prácticas críticas: se identificaron enfoques dominantes y alternativos en las prácticas de salud; (3) Actores de la sociedad civil y actores socioprofesionales de la salud: se analizaron los diversos actores durante la pandemia, ya sea los autores del artículo o los que realizaron las acciones; (4) Territorio como elemento clave en la implementación de la APS: se identificó el papel del territorio en la organización y ejecución de estrategias de APS.

Para el cumplimiento del objetivo se realizó un análisis cualitativo de textos desde una perspectiva crítica de la APS. Para este análisis, se retomaron dos perspectivas distintas de APS, la mirada tradicional y la crítica.

Resultados

Los 15 artículos seleccionados abordan temáticas variadas relacionadas con la APS, destacan las

experiencias locales y casos específicos como la atención psicosocial en Argentina o la pesquisa activa en Cuba reflejan enfoques concretos en territorios definidos; los análisis críticos y teóricos como los de Brasil y Argentina, que desarrollan reflexiones sobre modelos asistenciales y perspectivas críticas de la APS, incluyendo enfoques tradicionales y determinantes sociales de la salud; sobre grupos específicos algunos estudios priorizaron el estudio en poblaciones vulnerables, como mujeres púerperas en regiones fronterizas (Brasil) y comunidades afectadas en Guatemala; acerca los sistemas de salud y políticas públicas, como los artículos de Colombia y Venezuela destacan el análisis de políticas de APS durante la pandemia.

Análisis de las categorías centrales

1) Noción de Atención Primaria de Salud

Se consideró como indicador clave la problematización y la definición de APS, ya que la conceptualización implícita o explícita de este término, delinea el campo teórico, la práctica y los AS implicados. Las definiciones de APS se clasificaron en dos grandes grupos. Por un lado, las nociones tradicionales, las cuales son aquellas que tenían componentes de la biomedicina y las que la conceptualizan desde una perspectiva crítica.

Los artículos que problematizan y definen la APS desde una perspectiva tradicional (6) son los siguientes: Rojas *et al* (2022) abordan la APS desde una noción centrada en la enfermedad y las medidas de salud pública. Becerra-Canales (2023) se enfoca en la atención de la enfermedad, destacando los componentes necesarios para asegurar el acceso oportuno y de continuidad de la atención en los servicios de salud. Blanco *et al*

(2021) focalizan la APS en la atención de casos positivos de COVID-19 con el objetivo de reducir las formas graves de la enfermedad. Fernandes *et al* (2024) centran su enfoque en el cuerpo biológico y enfatiza sobre la recuperación de la salud de las mujeres puerperales mediante la atención de complicaciones como hemorragia, cambios en la presión arterial, infección, entre otras, que pueden comprometer su salud y derivar en resultados desfavorables, como la muerte materna. Ros *et al* (2023) conceptualizan la APS como un espacio en donde se llevan a cabo acciones de afrontamiento enfocándose en recursos tecnológicos y el mantenimiento del modelo biomédico. Betina *et al* (2021) se enfoca en el riesgo de contagio por covid 19 y las acciones de APS exclusivas en el primer nivel de atención.

En la perspectiva crítica se ubicaron diversos autores que aportan enfoques relevantes sobre la APS. Gutiérrez (2023) enfoca la APS en la salud mental de los actores socioprofesionales, subrayando la importancia del autocuidado y el cuidado de la comunidad, así como el análisis crítico de los espacios en donde se brinda la atención. Alfonso-Carranza *et al* (2023) integran la epidemiología crítica y las determinaciones sociales en el territorio. Osorio (2021) aborda la APS como un medio para fortalecer los sistemas sanitarios y resalta la determinación social de la salud. Galante *et al* (2020) consideran las dimensiones económicas, políticas y sociales, además enfatiza las inequidades existentes en salud.

Martínez *et al* (2023) destacan la participación social de las comunidades, retomando la noción de territorio para la adopción de medidas tanto individuales como colectivas. Delgado *et al* (2023) sugieren que la APS debe adaptarse a los distintos contextos políticos, sociales y culturales, enfati-

zando también la relevancia de la participación comunitaria. Bovino (2023) aborda la APS recuperando las nociones de salud, cuidado y territorio, así como las determinaciones sociales de los problemas de salud. Rojas y Gil (2021) rescatan la noción de APS utilizando el marco teórico propuesto por Donabedian con el propósito de realizar una crítica a las reformas de los sistemas de salud durante el período neoliberal. Por último, Fernandez *et al* (2021) resaltan el potencial de los agentes comunitarios de salud subrayando su conocimiento del contexto local y su relación con la comunidad.

2) *Prácticas en salud*

Para el análisis de las prácticas en salud implementadas durante la pandemia, se identificaron las acciones realizadas y la lógica en sus procesos de formulación e implementación.

Las investigaciones en las que se llevaron a cabo prácticas biomédicas (4) fueron Alfonso-Carranza *et al* (2023) cuyas acciones se centraron en la enfermedad y en la imposición del saber biomédico. Ros *et al* (2023) abordaron las prácticas a través de acciones de prevención, promoción y atención complementadas con el uso de herramientas tecnológicas. Fernandes *et al* (2024) sus prácticas se centran en la atención del parto y puerperio en servicios sanitarios. Finalmente, Becerra-Canales (2023) se enfocó en la percepción de los usuarios sobre los servicios de atención a la salud.

Además, se observó que en otros documentos (4) aunque predominan las prácticas biomédicas tradicionales, al mismo tiempo están presentes prácticas con perspectiva crítica. Betina *et al* (2021) enfocan sus prácticas en la enfermedad y el riesgo de enfermar grave, aunque se exploran las experiencias y vivencias de los socioprofesio-

nales del área de APS destacando el miedo y la incertidumbre que surgieron ante la pandemia. Delgado *et al* (2023) aplican enfoques propios de la epidemiología tradicional, centrados en la vigilancia y el control de enfermedades transmitidas por vectores, sin embargo, también se observa una tendencia hacia una perspectiva crítica de las condiciones de vida que prevalecen en estas comunidades y que se expresan en desigualdades en salud. Rojas *et al* (2022) predominan las prácticas biomédicas, aunque también recupera prácticas críticas, como la atención en comunidad, atención psicosocial, violencia intrafamiliar, necesidades de adultos mayores, recolección y entrega de alimentos en centros de acopio. Por último, Blanco *et al* (2021) implementan prácticas predominantemente tradicionales, aunque también brindaron apoyo psicológico a la comunidad y además expusieron la violencia ejercida contra los socioprofesionales.

Se identificaron prácticas con perspectiva crítica en diversos estudios (7), entre ellas: Gutiérrez (2023) que destaca el desarrollo de estudios de atención en consejería, así como la recuperación de las experiencias tanto de los acompañantes como la de los usuarios. Osorio (2021) realiza un análisis crítico de cómo el gobierno de Guatemala enfrentó la pandemia COVID-19, en la que recalca que debe ser considerada la equidad de género, interculturalidad, enfoque territorial y gestión del cuidado. Galante *et al* (2020) abordan los aspectos psicosociales, atención a las personas y sus familias. Martínez *et al* (2023) las prácticas se analizan y se plantean desde una perspectiva crítica, resalta el accionar en los territorios. Bovino (2023) destaca el cuidado y los cuidados. Rojas y Gil (2021) adoptan un enfoque familiar y comunitario, la intersectorialidad y formación de socioprofesionales. Fernandez *et al* (2021) llevaron a cabo prácticas en salud comunitaria, enfocados

en la difusión de información, impulsar medidas colectivas y cuidar situaciones de hacinamiento.

El análisis documental revela contradicción entre los fundamentos teóricos y su aplicación práctica en APS: definiciones tradicionales que, pese a su aparente simplicidad, incorporan elementos de análisis crítico; conceptualizaciones críticas que en la práctica se reducen a enfoques convencionales. Los marcos teóricos críticos no se traducen en intervenciones coherentes. Mientras el discurso trasciende hacia perspectivas complejas, la operatividad permanece anclada en modelos simplistas.

3) Actores sociales

Las acciones y prácticas en salud dentro del marco de la APS se diseñan, formulan e implementan con el objetivo de intervenir en poblaciones específicas, tales como individuos, familias, grupos, colectivos y comunidades. La relación establecida con estos destinatarios puede caracterizarse por los supuestos y concepciones previas que los actores políticos, institucionales y/o socioprofesionales mantienen respecto a quienes están orientadas las prácticas de APS. Dichos supuestos no solo orientan y configuran el diseño e implementación de las acciones, sino que también modelan las interacciones entre los distintos actores involucrados en el proceso.

Este componente tiene como propósito analizar, a partir de los documentos seleccionados, quiénes son los destinatarios de las intervenciones de APS, qué tipo de relación se establece con ellos (activa o pasiva), si se recupera su voz en los procesos descritos y cuál es la responsabilidad asignada a cada actor en la implementación de las acciones. En ese tenor, los AS se clasificaron en dos grandes grupos: por un lado, los actores so-

cioprofesionales, quienes trabajan directamente en las intervenciones de APS, y por otro, los AS, que incluyen individuos y colectivos que realizan actividades de APS, sin que estas necesariamente sean llevadas a cabo por profesionales de la salud.

En este contexto, se identificaron investigaciones que abordan el rol de los actores socioprofesionales (14). Por ejemplo, Galante *et al* (2020) señala que el equipo psicosocial es el encargado de prestar atención a las personas que acuden a las unidades de salud. Por su parte, Alfonso-Carranza *et al* (2023) destaca que médicos familiares y personal de enfermería fueron los principales responsables de realizar la pesquisa activa de casos sospechosos de COVID-19. Mientras que Fernandes *et al* (2024) menciona que la atención a mujeres puerperales recae en médicos, enfermeros y auxiliares de medicina. Como se puede apreciar, en estos tres estudios se habla de profesionales específicos quienes deben realizar las acciones de APS.

Osorio (2021) señala que el talento humano en salud (personal de la salud) debe desempeñar labores en el marco de la APS. Por su parte, Rojas *et al* (2022) destacan que los recursos humanos en salud son esenciales para la implementación de la APS en Chile. En el estudio de Becerra-Canales (2023) se menciona a los equipos básicos de APS, aunque no se especifica qué tipo de profesionales los conforman. Asimismo, se hace referencia a las y los prestadores de salud que trabajan en los servicios sanitarios.

Martínez *et al* (2023) indican que las tareas de APS están a cargo de profesionales de la salud que operan en el primer nivel de atención, gestores o administradores de servicios de salud, responsables de entidades adscritas a la prestación de servicios asistenciales y técnicos en salud. De manera similar, Betina *et al* (2021) identifican

como AS a las y los trabajadores de la salud del primer nivel de atención, quienes son fundamentales para la ejecución de la APS en las comunidades.

Ros *et al* (2023) mencionan que las y los profesionales encargados de las tareas de APS se dedican a la planificación, organización y dirección de estas actividades. Estas funciones, según el estudio, deben ser realizadas por equipos multidisciplinarios en salud. En la misma línea, Bovino B. (2023) señala que el personal responsable de las acciones de APS incluye a profesionales en salud comunitaria, así como a trabajadoras y trabajadores del primer nivel de atención. Finalmente, Rojas y Gil (2021) subrayan que el talento humano en salud es el principal responsable de la implementación de la APS en los países que analizaron. A pesar de que en estos ocho estudios se menciona que las acciones de APS deben ser llevadas a cabo por profesionales de la salud, recursos humanos en salud o talento humano en salud, el término resulta un tanto ambiguo. Es decir, no se especifica qué tipo de profesional debería encargarse de dichas tareas.

Por otra parte, Blanco *et al* (2021) indicó que las y los estudiantes de medicina, junto con especialistas en estomatología, fueron responsables de realizar la pesquisa de casos activos. En el caso de Gutiérrez (2023), se mencionó que las y los estudiantes de Psicología asumieron las acciones relacionadas con la salud mental en el marco de la APS. Por su parte, Delgado *et al* (2023) señalaron que las y los estudiantes de enfermería de sexto grado se encargaron de actividades de APS, al igual que diversos profesionales de la salud. En estos tres estudios se enfatiza que las y los estudiantes de las profesiones antes mencionadas son las y los responsables de llevar a cabo las acciones de APS.

Finalmente, es importante señalar que, de las 15 investigaciones revisadas, únicamente tres abordan a AS ajenos al ámbito sanitario. En este sentido, Fernández, Lotta y Correa (2021) mencionan que los agentes comunitarios de salud son quienes se encargan de llevar a cabo acciones de APS. Por otro lado, Alfonso-Carranza *et al* (2023) destacan que las personas, las familias y la comunidad deben participar, junto con las y los profesionales de la salud, en las actividades de APS. De manera similar, Martínez *et al* (2023) enfatizan que las familias y comunidades deben involucrarse en estas tareas. Sin embargo, este último estudio aborda la participación comunitaria como una suposición. Según los autores, la participación de la comunidad durante la pandemia fue algo deseable pero no factible, debido a las restricciones impuestas por el confinamiento.

4) Territorio

Las intervenciones de APS se desarrollan en territorios específicos, los cuales, desde una perspectiva crítica, entendemos como espacios sociales y geográficos donde se configuran las prácticas que buscan mejorar las condiciones de salud de la población. Este componente analiza si los territorios en los que se implementan las acciones de APS fueron virtuales o concretos y si se ajustan y contextualizan en función de las características sociales, económicas y culturales de los espacios donde se llevan a cabo o se circunscriben a espacios específicos donde se atiende la enfermedad o a la comunicación de riesgos.

Dado lo anterior, la revisión de los artículos reveló que la mayoría de los espacios destinados para la aplicación e implementación de la APS son territorios específicos, como los proporcionados por escuelas, centros comunitarios y unidades de atención médica (centros de salud).

Un ejemplo de ello es el Centro de Escucha de la Ruiz, perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya en Lima, Perú. Por su parte, Alfonso-Carranza *et al* (2023) señalan que realizaron una triangulación entre las comunidades de Cuba, en las cuales las prácticas de APS se desarrollan dentro de las escuelas y centros de trabajo en la región. De manera similar, Delgado *et al* (2023) mencionan que las acciones de APS se llevan a cabo en las viviendas de las parroquias urbanas y rurales del cantón Jipijapa. Es importante señalar que las acciones de APS también se realizaron en otro territorio, específicamente desde la Universidad Estatal del Sur de Manabí, en Ecuador. En la misma línea, Rojas *et al* (2022) también mencionan que los espacios para la práctica de la APS son los centros de salud, los cuales fortalecen las redes comunitarias y territoriales, reforzando las relaciones con los actores institucionales del territorio, especialmente municipios, juntas de vecinos y escuelas.

Otro concepto de espacio-territorio, se encuentra en los siguientes artículos seleccionados. En el caso de Argentina, se destacan dos estudios: Galante *et al* (2020) y Betina *et al* (2021), se realizaron las acciones en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En estos centros se llevó a cabo la atención de las comunidades, específicamente en el primer nivel de atención en salud. En este mismo contexto, Becerra-Canales (2023) menciona que las acciones de APS se realizaron en los Centros de Atención Primaria de la provincia de Ica, Perú. Por otro lado, Martínez *et al* (2023) señalan que las tareas de APS se desarrollaron tanto en los servicios asistenciales de salud como en los servicios de APS, los cuales también se implementan en los territorios de las comunidades.

En el contexto brasileño, se destacan los servicios de salud, que es el espacio donde se llevan a cabo las prácticas de APS. Fernández, Lotta y Correa (2021) mencionan que, en los servicios sanitarios, los Agentes Comunitarios de Salud están adscritos y son los encargados de ejecutar estas tareas en conjunto. Las acciones de APS para las mujeres en la etapa del puerperio se realizan principalmente en los servicios sanitarios (Fernandes *et al*, 2024). En el estudio de Ros *et al* (2023) se describe que las tareas de APS deben realizarse en los centros regionales de salud del municipio de Paraná, en Brasil. Por otro lado, en Cuba, en la provincia de La Habana, las acciones de APS relacionadas con la pesquisa de casos sospechosos se llevaron a cabo en tres policlínicos de dos municipios de la capital (Blanco *et al*, 2021).

En el caso particular de Rojas y Gil (2021) se analizan los territorios de cinco países latinoamericanos: Argentina, Chile, Colombia, Cuba y México. En su estudio, se abordan los sistemas de salud de estos países, considerando su conformación, estructura y las modificaciones ocurridas a lo largo del tiempo. También existe el caso en el que se aborda el territorio desde una perspectiva más amplia y crítica. Bovino B. (2023) señala que la noción de territorio debe construirse a partir de una concepción que reconozca su carácter histórico y social. Por ello, esta categoría adquiere un lugar central en la APS. Aunque no se expresa de manera explícita, se entiende que las acciones de APS deben llevarse a cabo en los territorios. Osorio (2021), el uso del territorio permite abordar las interacciones humanas y ecológicas desde una perspectiva positiva de la salud.

Tabla 1. Identificación de los artículos seleccionados.

Revista	Año	País	Autores	Institución	Título	Palabras Clave
Revista Iberoamericana de Bioética	2023	Perú	Gutiérrez, G.	Universidad Antonio Ruiz de Montoya	Experiencias en Atención Primaria en Salud Mental durante la pandemia por COVID-19: Desafíos éticos y lecciones aprendidas en un Centro de Consejería de Lima Metropolitana, Perú.	Consejería, salud mental, atención primaria, pandemia, COVID.19
Revista Científica Villa Clara	2023	Cuba	Alfonso Carranza., Águila Salas., Feijoo Morales.	Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara	Atención Primaria de Salud en la lucha contra el COVID-19 en Cuba	COVID-19, atención primaria en salud, pandemias
Saúde Em Debate	2021	Guatemala	Osorio, C.	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde	El papel de la Atención Primaria en Guatemala para la COVID-19: límites y potencialidades.	Atención primaria de salud, infecciones por coronavirus, Guatemala, pandemias
Revista Cuestión Urbana	2020	Argentina	Galante A., Pelle R., Jaime L., Pereyra E.	Universidad de Buenos Aires	Atención primaria por COVID-19: la experiencia de un equipo psicosocial de un centro de atención primaria del sur del área metropolitana de Buenos Aires.	Emergencia por COVID 19, atención primaria de la salud, atención psicosocial, redes en salud, uso de técnicas de información, comunicación en salud
Temas de la Agenda Pública	2022	Chile	Rojas P., Peñaloza B., Soto M., Téllez A. y Fábrega, R	Pontificia Universidad Católica de Chile	Atención Primaria en tiempos de COVID-19. Desafíos y Oportunidades	Sin palabras clave.
Enfermería Global	2023	Perú	Becerra Canales	Universidad Autónoma de Ica	Evaluación de la Atención Primaria durante la pandemia por COVID-19 en una región del Perú	Atención primaria de salud, atención integral de salud, sistema de salud, pandemia, COVID-19
Revista Cubana de Medicina	2021	Cuba	Blanco M., Bosch R., Hernández O., Zayas T., Linares E., Pérez L.	Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Policlínico “Elpidio Berovides” y Policlínico “Aleida Fernández”	Función de la Pesquisa Activa estudiantil en el enfrentamiento a la pandemia COVID-19 en la Atención Primaria de Salud	Pesquisa, estudiantes, COVID -19, Cuba
Cogitare Enfermagen	2024	Brasil	Fernandes R., Contiero A., Stein M., Zilly A., Baggio M.,	Universidad Estatal del Oeste de Paraná, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis	Interferencias en la Atención Primaria a Mujeres Puerperales en una región fronteriza durante la pandemia COVID-19.	Zonas fronterizas, primeros auxilios, COVID-19, período posparto, teoría fundamentada

Salud Uni-norte	2023	Colombia	Martínez E., Tuesca R., Hernández E., Guerrero J.,	Universidad de Antioquía, Universidad del Norte Colombia, Universidad de Valencia, Universidad de la Sabana	La atención primaria en salud un camino inconcluso en Colombia: lecciones aprendidas de la primera ola de la pandemia COVID-19.	Atención primaria de salud, COVID-19, política pública, sistemas de salud, educación en salud
Cogitare Enfermagen	2023	Brasil	Ros C., Péres A., Kalinowski C., Souza M., Straub M., Montenegro L., Martins M.	Universidad Federal de Paraná, Centro Universitario Don Bosco, Universidad de Porto	Modelo asistencial en la Atención Primaria a la Salud: Acceso y Atención Integral durante la pandemia de COVID-19	Atención primaria en salud, modelos de atención, COVID-19, pandemia
Población y sociedad	2021	Argentina	Betina, Wilner, Krause y Ballesteros	Universidad Nacional de la Pampa	Trabajadores de la salud en el primer nivel de Atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires	Pandemia, primer nivel de atención, Buenos Aires, equipo de salud, condiciones de trabajo, emociones
Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar	2023	Ecuador	Delgado D., Villacreses E., Acuña M., Parrales, A.,	Universidad Estatal del Sur de Manabí	Vigilancia epidemiológica y la atención primaria en salud post pandemia del COVID-19 en población vulnerable del cantón Jipijapa	Dengue, intervención, Zika, Chikungunya, vectores
Estado y Movimientos Sociales en Nuestra América	2023	Argentina	Bovino B.,	Universidad Nacional de Rosario	Atención Primaria de la Salud en la “Post pandemia”: aportes a partir del pensamiento de Ramón Carrillo y Rodolfo Kuch	Salud, atención primaria de la salud, determinantes sociales de la salud, territorio
Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica	2021	Venezuela	Rojas, I., y Gil, R	Universidad Simón Bolívar	Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países.	Atención primaria de salud; política de salud, estrategia.
Trabajo, Educación y Salud	2021	Brasil	Fernandez, M., Lotta, G., y Correa, M	Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Escola de Administração de Empresas de São Paulo	Retos para la Atención Primaria de Salud en Brasil: un análisis del trabajo de las agentes comunitarias de salud en la pandemia de Covid-19	Atención primaria de salud; agentes comunitarios de salud; COVID-19.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de los documentos (2025).

Tabla 2. Principales categorías en los artículos seleccionados.

	Problematización	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusiones
(1)	La APS mental comunitaria de agentes de salud considera el autocuidado, el cuidado mutuo dentro del equipo y el cuidado institucional. La APS se piensa desde los usuarios y el personal.	Analizar las experiencias de APS mental en acompañantes de un centro de consejería.	Análisis narrativo. Triangulación de fuentes: testimonios de estudiantes de psicología, protocolos para la atención individual en el centro de escucha y tres bases de datos de casos atendidos.	Mostraron que la pandemia exacerbó vulnerabilidades psicológicas, sociales y materiales tanto para acompañantes como usuarios, respetando los procesos de capacitación y supervisión grupal que garanticen el autocuidado y cuidado de los equipos.	Desarrollar estudios de atención en consejería, recuperar la experiencia de atención de los acompañantes y la de los usuarios, con el objetivo de profundizar el análisis de los espacios preventivos posteriores a la atención.
(2)	La APS integral e integrada debe proteger a la población del contagio, detectar casos y contactos y atender integralmente, con visión epidemiológica crítica, preocupada por las determinaciones sociales del proceso transmisión-aislamiento-tratamiento.	Profundizar sobre el papel desempeñado por la atención primaria de salud en la lucha contra el COVID-19 en Cuba.	Revisión de diversas fuentes documentales sobre el tema, en PubMed, SciELO, Google Académico y Medline.	Los médicos y equipos básicos de salud realizan educación en comunidades, sitios de trabajo y escuelas, sobre el seguimiento de las medidas de prevención. Se realizaron cercos sanitarios con aislamiento intensificado de la población en lugares con brotes y alto riesgo de la infección.	Se destaca el papel de la APS ante la lucha contra el COVID-19. Se caracterizó por el apoyo de la comunidad, del gobierno y organizaciones. La pesquisa activa es importante para apoyar el trabajo del médico y la enfermera de las familias.
(3)	La APS, en su definición amplia es un eje de análisis sobre el abordaje de la pandemia. Es sugerida como el camino para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la reducción de las inequidades y la incidencia sobre la determinación de la salud.	Describir el rol de la APS en Guatemala en la implementación de políticas públicas para la contención de la pandemia, y discutir sus límites y potencialidades.	Se seleccionaron cuatro líneas de análisis: la vulnerabilidad social, coordinación del cuidado, vigilancia epidemiológica y promoción e intersectorialidad en salud.	La participación social e intersectorial fue limitada. La respuesta fue centralizada y con medidas autoritarias con la utilización de las fuerzas armadas. No se consideró el papel de la sociedad civil para la co-construcción en la formulación de políticas públicas.	El fortalecimiento democrático y de la protección social, considerando la equidad de género, interculturalidad, enfoque territorial y gestión del cuidado con intervenciones familiares y comunitarias a través de una reforma sanitaria, fortaleciendo la formación de recursos humanos.

(4)	La APS impulsa procesos de democratización, considera a la salud en sus múltiples dimensiones superando la concepción biomédica. Supone la necesidad de un cambio de las condiciones estructurales que producen la enfermedad, lo que lleva a promover la distribución de la riqueza.	Describir los cambios de la intervención a nivel comunitario, grupal y familiar durante las medidas de aislamiento, a partir de la sistematización de comunicaciones institucionales y registros de la práctica.	Búsqueda de información en fuentes secundarias: informes de gobierno, medios de comunicación y organizaciones internacionales.	Se identificaron a las organizaciones y familias para evaluar las inquietudes, puntos de angustia y ansiedad de cada una/o. La emergencia sanitaria transformó el modo en que el equipo construía la interdisciplina y la relación con las personas que atendía. Se encontraron nuevos modos de construir el vínculo y sostener la atención psicosocial.	Se incorporó la atención psicosocial. Los profesionales tuvieron predisposición a responder las consultas por fuera del horario de trabajo y a facilitar la resolución de los problemas. Ayudaron a construir una relación de confianza.
(5)	La APS es parte de la respuesta para que la comunidad acceda a servicios de salud. Funciones: identificar, reportar, contener, manejar y referir; mantener la continuidad de servicios esenciales y descargar la atención hospitalaria; comunicación de riesgo y la interacción con la comunidad para promover las medidas de salud pública.	Identificar estrategias de APS para afrontar los problemas de salud de la población durante la pandemia, con especial foco en las innovaciones para el manejo de esta y de otras necesidades de salud de la población	Revisión bibliográfica, respecto a la respuesta de la APS a la pandemia por COVID-19 y las innovaciones y cambios que se han instalado en este escenario.	Las principales estrategias en APS utilizadas para afrontar la pandemia se categorizaron en los siguientes rubros: reconfiguración de la red de atención; uso de nuevas tecnologías; cuidado de los equipos de salud; relación con la comunidad y su territorio.	Fortalecer el modelo de atención centrado en la persona, considerar el cuidado de los equipos que dan atención, en lo referente a su salud mental. Se requiere el soporte para fortalecer sus competencias, como comunicadores de riesgo y referentes locales de información científica confiable en tiempos de alta incertidumbre y de desinformación.
(6)	La APS está basada en cuatro atributos esenciales: accesibilidad, longitudinalidad, coordinación e integralidad. Estos deben ser considerados como imprescindibles en el proceso de fortalecimiento de la estrategia.	Evaluar el cumplimiento de los atributos de la APS y sus factores asociados, según perspectiva del usuario externo en el contexto de la pandemia por COVID-19.	Estudio transversal. Muestra aleatoria: 1,064 usuarios externos. Instrumento: encuesta sobre datos sociodemográficos, de salud y PCAT-A10 versión modificada. Análisis descriptivo y multivariado.	El 76,6% de los participantes perciben que no se cumple con accesibilidad, coordinación, continuidad, globalidad y competencia cultural. Adultos de 30 a 59 años se encuentran asociados a mayor percepción de incumplimiento.	Desde la perspectiva de los usuarios externos los atributos esenciales son incumplidos en los centros de atención primaria; existen factores asociados (edad, ocupación, género) a mayor probabilidad de percibir que estos atributos son incumplidos.

(7)	<p>La APS se refiere a la pesquisa de casos positivos de COVID-19. Es una tecnología sanitaria que permite la aplicación del método epidemiológico. Sirvió como campo de combate en la pandemia para la contención de la diseminación de la enfermedad, para disminuir la cantidad de pacientes que pasen a las formas graves y críticas, y la reducción de la mortalidad al comenzar el tratamiento en la fase asintomática.</p>	<p>Conocer la valoración de los estudiantes en relación con la calidad de la capacitación recibida, la comunicación con el médico de la familia y la pesquisa de personas mayores en riesgo, así como sobre los aspectos positivos, negativos, interesantes e interrogantes en relación con la pesquisa.</p>	<p>Estudio descriptivo y transversal muestra: 164 estudiantes casos probables de COVID 19, en tres policlínicos. También se discutieron temas de bioseguridad y una carpeta electrónica con artículos seleccionados de revistas médicas de alto impacto; sin embargo, no todos los estudiantes refirieron haberla recibido.</p>	<p>Los estudiantes que participaron fueron mayormente del sexo femenino. La edad promedio fue de 20,7 años, de la carrera de medicina, seguido de estomatología. Recibieron una capacitación acerca de COVID 19 con materiales confeccionados por la OMS y por la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. El 95,1 % de ellos tenían experiencias en participación en pesquisas y solo el 4,9 % la realizaban por primera vez.</p>	<p>Aspectos positivos de la intervención: mejor atención a adultos mayores, realizar promoción de la salud, participación de estudiantes, apoyo a servicios de salud, apoyo psicológico, y fortalecimiento de vínculos con el médico familiar. Barreras: cansancio, riesgo de exposición al virus, interrupción de la docencia, violencia por parte de la población, dificultad para utilizar el detector virtual, poco tiempo para estudiar, falta de medios de protección y falta de comunicación con el médico familiar.</p>
(8)	<p>La APS se considera como la responsable del seguimiento de las mujeres en el puerperio, desarrollando acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.</p>	<p>Identificar factores que interfirieron en la atención posparto en una región fronteriza durante la pandemia de COVID-19.</p>	<p>Investigación cualitativa. Muestra: 30 participantes Instrumento: entrevista semiestructurada. Análisis: teoría fundamentada Codificación abierta, axial y selectiva.</p>	<p>Se identificaron cuatro subcategorías, “acceso a las unidades de salud”, “comprensión de las visitas domiciliarias y búsqueda activa”, intercambio de información insuficiente en la red de atención” y “evidencia de un sistema de salud sobrecargado”.</p>	<p>La mayoría de los factores que interfirieron en el cuidado de las mujeres puerperales ya existían, siendo agravados por la pandemia. Se recomienda implementar medidas que garanticen el intercambio de información y la contrarreferencia de manera oportuna.</p>
(9)	<p>Las acciones de APS se deben orientar a la prevención y participación social, con oportunidad y calidad a partir de lineamientos internacionales y de sistemas locales de salud territorializados, en contexto y resilientes.</p>	<p>Indagar la oferta y posicionamiento de la APS entre los tomadores de decisiones para atender la emergencia de Covid-19 durante la primera ola de la pandemia y los aprendizajes para las siguientes.</p>	<p>Estudio descriptivo exploratorio mixto en 2 fases: Encuesta a tomadores de decisiones, prestadores y académicos; y grupo focal a informantes clave. Muestra: 227 participantes.</p>	<p>41% de los participantes son académicos, 34.8% prestadores de servicios, 17.6% funcionarios de direcciones locales de salud. El 28.2 % consideró que la APS estuvo adaptada por ciclo vital y entre el 80 al 98% que la APS debía instaurarse en el territorio para vigilancia de casos, atención ambulatoria, manejo de pacientes crónicos, atención de otros programas y educación sanitaria.</p>	<p>Se concluye a la APS como oportunidad para responder a la pandemia y convertirse en una política de Estado. Integración de la APS para accionar en los territorios y garantizar una gobernanza; intensificar la alfabetización en salud y el empoderamiento de la población para la adopción de medidas individuales y colectivas.</p>

(10)	La APS ha desempeñado un papel importante en la red asistencial y en el contexto de la pandemia, ha contribuido con acciones de afrontamiento, apoyo de los equipos de las unidades de salud. Se proporcionan acciones de promoción, prevención y atención.	Analizar el modelo asistencial en Atención Primaria a la Salud desde la perspectiva del acceso y la atención integral.	Investigación cualitativa, Instrumento: entrevista semiestructurada. Análisis utilizando la hermenéutica dialéctica.	Dos grupos mostraron acciones relacionadas con los atributos de acceso e integralidad, presentes en el modelo de atención. Las acciones para aumentar el acceso incluyeron la participación de un equipo multiprofesional y la inclusión de recursos tecnológicos, manteniendo el modelo biomédico.	Durante la pandemia, hubo adaptación y resiliencia por parte de los actores que organizaron el modelo de atención, incluyendo herramientas tecnológicas para facilitar el acceso y la continuidad de la atención.
(11)	La APS es un pilar en cuanto puerta de entrada al sistema sanitario y primer eslabón de las respuestas clínicas. Las acciones de los equipos de salud están enmarcadas en procesos institucionales que contemplan el escenario local e imprimen una dinámica particular atendiendo a las ideas, las valoraciones y los intereses que guían sus acciones.	Analizar las experiencias de trabajadores de APS. Enfocado en las estrategias de coordinación desarrolladas para ganar mayor previsibilidad y seguridad en el lugar de trabajo.	Investigación cualitativa, entrevista semiestructurada en profundidad. Muestra: 8 participantes del personal de salud.	La información se desarrolló en: incertidumbre y caos inicial; reconversiones funcionales, de contratación y demandas en competencia para las profesionales-madres; miedo al contagio y estrategias para armarse colectivamente y coordinar el trabajo; la refuncionalización de espacios y vivencia del distanciamiento físico; retomando el ritmo de trabajo.	La pandemia tuvo exigencias para los actores de APS; afectó los procesos institucionales desarrollados por los equipos de salud, como la división del trabajo y perfiles profesionales, generando incertidumbre y modificando rutinas, la dimensión espacial del quehacer y las formas de negociación del trabajo coordinado.
(12)	La APS es un componente clave de los sistemas de salud. La APS puede ser adaptada a los distintos contextos sociales. Los cambios demográficos y epidemiológicos producidos desde la celebración de Alma Ata, acarrear la necesidad de una revisión profunda para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.	Describir los resultados obtenidos en la intervención del proyecto “Vigilancia Epidemiológica y APS post pandemia en la población más vulnerable del Cantón Jipijapa”	Estudio descriptivo, transversal Instrumento: encuesta Muestra: 4066 viviendas urbanas y rurales.	Se observó que en la población incrementó el conocimiento, demostrando el impacto a corto plazo en la disminución del número de recipientes y de los índices larvarios.	Limitaciones en APS: surgen de las reformas neo-estructurales de los sistemas de salud. Se privilegian las economías de mercado, priorizando la atención desde un enfoque curativo, incluyendo tecnologías de alto costo y rentabilidad. Es necesario adoptar una nueva perspectiva para la gestión de los programas: comunicación social y estrategias de promoción de la salud.

(13)	La APS en Argentina se desarrolla con gran impulso a partir del retorno de la democracia en 1983, configurándose como un movimiento que propone la problematización y la reflexión acerca de la determinación de los problemas de salud de la población, así como de su abordaje.	Re pensar la triada salud-cuidado-territorio en el primer nivel de atención.	Análisis de la APS desde dos enfoques y retomando las categorías salud-cuidado-territorio.	La intervención de los profesionales en Salud Comunitaria, desde, con y para el territorio, tiene la posibilidad de generar nuevas lógicas, diferentes espacios, otros sentidos capaces de mirar (nos), descubre (nos), transforma (nos), con otras y otros.	La salud es un proceso histórico social que incluye enfermedades y padecimientos, sus modos sociales de atenderlos, así como la red de cuidados que una sociedad posee. En este sentido, las saludes son procesos relacionales de cuidados y sus modos y sus cómo de gestionarlos, se encuentran en la raíz misma de cada territorio.
(14)	La APS debe ser impulsada por voluntad política, conocimiento, financiamiento, talento humano y tecnología.	Describir estrategias de atención primaria en cinco países Latinoamericanos.	Revisión bibliográfica en bases de datos, Organismos Multilaterales, y Ministerios de Salud.	Argentina, Chile, Colombia y México, disponen de acciones en atención primaria encaminadas a la promoción de la salud. Las principales dificultades derivan del modelo neoliberal.	Se sugiere revitalizar la atención primaria desde un enfoque familiar y comunitario, la intersectorialidad y formación del talento humano.
(15)	La APS es el primer punto de contacto con agentes comunitarios de salud, quienes conocen el contexto local y la relación continua con la comunidad.	Analizar la situación de las profesionales en cuestión frente a la pandemia de Covid-19 en Brasil.	Encuesta sobre los efectos de la pandemia en el trabajo de los profesionales de la salud y etnografía.	Los agentes comunitarios de salud vivieron los cambios en las prácticas de trabajo, así como en las interacciones entre trabajadores y usuarios y la expectativa del futuro en el trabajo post pandémico.	Los análisis muestran que se implementaron nuevas estrategias para mitigar las consecuencias de una pandemia, especialmente en la dinámica del lugar de trabajo.

Fuente: elaboración propia a partir del análisis documental (2025).

Conclusiones

El contexto latinoamericano actual -caracterizado por la transición de regímenes neoliberales a modelos socialdemócratas en varios países- ofrece experiencias significativas en APS que permiten validar los marcos teóricos aquí expuestos; analizar las tensiones entre teoría y práctica.

Dentro del ámbito de la APS, los actores socioprofesionales, influenciados por diversas causas histórico-sociales, a menudo se posicionan como instrumentos para resolver problemas de la población, la cual frecuentemente es percibida como carente de conocimientos y experiencia. Al mismo tiempo, problemas como la discriminación, la marginación, el racismo y el clasismo han llevado a que ciertos grupos adopten un rol pasivo, privados de derechos fundamentales, mientras que los proveedores de servicios tienden a naturalizar prácticas de dominación y subordinación. Estas lógicas reproducen las desigualdades que la APS debería enfrentar.

La pandemia evidenció tensiones entre modelos de gestión centralizados y descentralizados, afectando la organización de la atención sanitaria en los territorios. A pesar de estas limitaciones, la disposición para escuchar al equipo, abrir espacios para la expresión de temores y necesidades, y buscar respuestas colectivas permitió fortalecer redes de apoyo, facilitar el flujo de recursos y mantener el enfoque en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Frente a la COVID-19, diversos autores que defienden modelos de respuesta críticos destacan la urgencia de abordar las desigualdades sociales y reorganizar los servicios de salud. También hacen énfasis por el diseño de políticas integrales que no

se limiten al ámbito sanitario, sino que involucren a todos los sectores del Estado. Estas políticas deben promover la participación ciudadana, garantizando el derecho a la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad como parte fundamental de la respuesta a la pandemia.

A nivel general, la APS durante la pandemia estuvo centrada en la enfermedad. Esta visión reduccionista reforzó un modelo biomédico y selectivo que descuidó la dimensión integral de la salud, dejando de lado la determinación sociocultural. Los artículos revisados resaltan que la APS debe proteger, en primera instancia, a la población del contagio, detectar casos y contactos para interrumpir la transmisión y proporcionar una atención integral a enfermos y personas aisladas. No obstante, este enfoque debe incluir una visión epidemiológica crítica, fomenta el cuidado de sí, el cuidado colectivo y el fortalecimiento institucional.

El análisis de los artículos científicos evidencia una serie de fortalezas de la APS durante la pandemia, incluyendo la importancia del trabajo comunitario, el uso de tecnología, la necesidad de apoyar a los equipos de salud, y los desafíos derivados de la sobrecarga de los sistemas de salud. La pandemia resalta la necesidad de fortalecer la APS para mejorar la equidad en la atención sanitaria y garantizar una respuesta integral frente a crisis futuras.

Aunque la APS desempeñó un papel importante en la crisis sanitaria, sus funciones principales, como identificar, reportar, contener, manejar y referir casos, limitaron su alcance. Es fundamental transformar esta perspectiva limitada e integrar estrategias que fortalezcan la participación social y aborden las necesidades colectivas desde un enfoque más inclusivo y equitativo.

Se propone que las organizaciones comunitarias, sociales, los actores políticos y socioprofesionales vinculados a la APS participen activamente en la PS y en la transformación de las determinaciones sociales que afectan a las comunidades. La formación del personal de la salud debe enfocarse no solo en el desarrollo de habilidades técnicas y cognitivas para la investigación, sino también en la adquisición de actitudes y competencias sociales necesarias para la práctica comunitaria, desarrollando un habitus institucional no desde una APS selectiva donde se privilegian las acciones de bajo costo y grandes externalidades, sino desde un enfoque integral e interseccional basado en derechos humanos.

Dentro de las limitaciones que se encontraron, fue que el análisis se basó en la selección final de 15 artículos lo cual no es suficiente para dar cuenta de las experiencias en APS en el contexto de la pandemia en la región latinoamericana. Sin embargo, esto permite explorar las nociones predominantes, ya sean tradicionales o críticas en la región.

Finalmente, otra limitante consistió en la construcción de categorías, ya que al establecerlas en nociones dicotómicas limita otras formas de entender a la APS. No obstante, se considera que estas pueden contribuir a reformular la APS que se requiere aplicar en la región de América Latina.

Referencias bibliográficas

- AGUILAR-PALACIO, I. (2009). Treinta años de Alma-Ata: Interpretaciones y consecuencias para el bienestar psicosocial y la salud comunitaria, *Persona*, Núm. 12: 153-165.
- ALFONSO-CARRANZA, E.; AGUILA-SALAS, A. y FEIJOO, Y. (2023). Atención primaria de salud en la lucha contra el COVID-19 en Cuba, *Revista Científica Villa Clara*, vol. 27, Núm. 4:01-20.
- BECERRA-CANALES, B. (2023). Evaluación de la atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú, *Enfermería global*, Núm. 69:283-295.
- BETINA, F.; WILNER, A., KRAUSE, M. y BALLESTEROS, M. (2021). Trabajadores de la salud en el primer nivel de Atención durante la pandemia COVID-19 en el conurbano de Buenos Aires, *Población y sociedad*, vol, 28, Núm. 2:138-167.
- BLANCO-GIL, J. (1991). "Región y clase social en la determinación de la enfermedad: el caso de la Meseta Tarasca". En Almada, I. (Ed.), *Salud y crisis en México. Más textos para el debate* (pp. 205-247). Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades. Universidad Nacional Autónoma de México.
- BLANCO, M., BOSCH, R., HERNÁNDEZ, O., ZAYAS, T., LINARES, E. y PÉREZ, L. (2021). Función de la pesquisa activa estudiantil en el enfrentamiento a la pandemia COVID 19 en la atención primaria de salud, *Revista Cubana de Medicina*, vol, 60, Núm. 2:1-10.
- BOVINO, B.(2023). Atención Primaria de la Salud en la "Post pandemia": aportes a partir del pensamiento de Ramón Carrillo y Rodolfo Kuch, *Estado y Movimientos Sociales en Nuestra América*, vol,X, Núm.19 :1-8
- DELGADO, D.; VILLACRESES E., ACUÑA M. y PARRALES, A. (2023). Vigilancia epidemiológica y la atención primaria en salud post pandemia del COVID-19 en población vulnerable del cantón Jijapa, *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, vol,7 Núm. 2:6020-6039

- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (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 (consulta 11 de marzo de 2025).
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2024). PROGRAMA Institucional de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) 2023-2024. https://imssbienestar.gob.mx/assets/docs/normatividad_interna/PROGRAMA_INSTITUCIONAL_SSIMSSBIENESTAR_23_24_170124.pdf (consulta 11 de marzo de 2025).
- FEO, O. (2015). “Prefacio – Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos”. En: Giovanella, L., Almeida, P., Tejerina-Silva, H. (coords.) *Atención primaria de la salud en Suramérica*. pp.15-19. https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2-1.pdf (consulta 11 de marzo de 2025).
- FERNANDES, R.; CONTIERO A., STEIN, M., ZILLY, A. y BAGGIO M. (2024). Interferencias en la Atención Primaria a Mujeres Puerperales en una región fronteriza durante la pandemia COVID-19, *Cogitare Enfermagem*, Núm. 29:1-12.
- FERNANDEZ, M.; LOTTA, G. y CORREA, M. (2021). Retos para la Atención Primaria de Salud en Brasil: un análisis del trabajo de las agentes comunitarias de salud en la pandemia de Covid-19, *Trabalho, Educação e Saúde*, vol, 19, Núm.: 1-20.
- GALANTE, A.; PELLE, R. JAIME, L. y PEREYRA, E. (2020). Atención primaria por covid 19: la experiencia de un equipo psicosocial de un centro de atención primaria del sur del área metropolitana de Buenos Aires, *Revista Cuestión Urbana*, Núm. 8:95-107.
- GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P., VEGA, R., OLIVEIRA, S. y TEJERINA-SILVA, H. (2015). Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos, *Saúde em Debate*, vol, 39, Núm.105: 300-322.
- GIOVANELLA, L.; VEGA, R. TEJERINA-SILVA, H., ACOSTA-RAMIREZ, N., PARADA-LEZCANO, M., RÍOS, G., ITURRIETA, D., ALMEIDA, P. y FEO, O. (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Trabalho, Educação e Saúde*, vol 19, Núm.:1-28.
- Gobierno de Mexico. (s.f). Acciones de Prevención Covid-19. https://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/covid-19-acciones-de-prevencion/ (consulta 11 de marzo de 2025).
- GRANADOS-COSME, J.; NASAIYA, K. y TORRES, A. (2007). Actores sociales en la prevención del VIH/SIDA: oposiciones e intereses en la política educativa. *Cadernos Saúde Pública*, vol, 23, Núm. 3:535-544.
- GUTIÉRREZ, G. (2023). “Experiencias en la atención primaria de salud mental durante la pandemia por COVID-19: desafíos éticos y lecciones aprendidas en un centro de consejería de Lima Metropolitana, Perú”, *Revista Iberoamericana de Bioética*, Núm. 21:01-14.
- LAURELL, C. A. (2020). Las dimensiones de la Pandemia COVID-19. *El Trimestre económico*, vol. LXXXVII (4), núm. 348, octubre-diciembre, pp. 963-984. doi: 10.20430/ete.v87i348.1153
- MARTÍNEZ, E.; TUESCA, R. HERNÁNDEZ, E. y GUERRERO, J. (2023). La atención primaria en salud un camino inconcluso en Colombia: lecciones aprendidas de la primera ola de la pandemia COVID-19, *Salud Uninorte*, vol,40, Núm. 1:29-51.
- MENÉNDEZ, E.L. (1988) Modelo medico hegemónico y atención primaria en salud, segundas jornadas de atención primaria en salud. pp. 451-464. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf (consulta 12 de marzo de 2025).

- MITTELBRUNN, C. (2013). “Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente”. En: Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón. (coord.) *Salud y Ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación*. pp 12-17.
- OPS/OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. Obtenido de PAHO: APS_Alma_Atá-Declaracion-1978.pdf
- OSORIO, C. (2021). El papel de la atención primaria en Guatemala para la Covid-19: límites y potencialidades. *Saúde em Debate*, vol. 45, Núm. 130:778-794.
- PEREIRA, C.; BOY., ROSALES, R., MARMOLEJO, J. y MUÑOZ, C. La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva. Editorial Teseo.
- ROJAS, I.; y GIL, R.(2021). Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países, *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, vol, 40, Núm. 7:711-721.
- ROJAS, P.; PEÑALOZA, B. SOTO, M. TÉLLEZ, A. y FÁBREGA, R. (2022). Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades, *Temas de la Agenda Pública*, vol.17, Núm. 154:1-19.
- ROS, C.; PÉRES A., KALINOWSKI C., SOUZA M., STRAUB M., MONTENEGRO L. y MARTINS M. (2023). Modelo asistencial en la Atención Primaria a la Salud: Acceso y Atención Integral durante la pandemia de COVID-19, *Cogitare Enfermagem*, vol, 28, Núm.:1-12.
- ROSALES-FLORES, R.; GRANADOS-COSME, J. y MENDOZA-RODRÍGUEZ, J. (2016). Análisis crítico de las nociones de Promoción de la Salud en las conferencias internacionales de Promoción de la Salud. *Revista Salud Problema*. Núm: 20.
- SALVADOR-MOYSÉN, J.; MARTÍNEZ-LÓPEZ, A. y ALFARO-ALFARO, N. (2021). Desafíos socio epidemiológicos y de la atención primaria durante la pandemia de covid-19: la realidad mexicana. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, vol, Núm. 8:102-110.
- [WHO & UNICEF]. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.

Más allá del riesgo: Un enfoque crítico sobre la muerte gestacional desde la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana

Ignacio Javier Herrera Soto* • Carolina Tetelboin Henrion**

RESUMEN

Este ensayo teórico compara la visión biomédica predominante de la muerte gestacional con una propuesta teórica anclada en la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana (MSySCL). El análisis problematiza la noción de “factor de riesgo” como elemento explicativo y propone un enfoque basado en la determinación social de la salud, que incorpora la dimensión económica, política e ideológica y cultural, así como contextos estructurales de desigualdad en términos de género, clase social y etnia. Los resultados muestran cómo la racionalidad biomédica, al centrarse en factores de riesgo aislados y ahistóricos, invisibiliza las condiciones estructurales que perpetúan inequidades y violencia obstétrica. En contraste, la perspectiva crítica evidencia cómo la precariedad laboral, las violencias simbólicas y materiales, y las dinámicas de exclusión, social moldean las experiencias de las mujeres que cursan una muerte gestacional. Este enfoque complejo y ético de la MSySCL busca no solo ampliar la comprensión académica del fenómeno, sino también ser un insumo en construcción de políticas públicas inclusivas y transformadoras.

PALABRAS CLAVE: Medicina social, modelo biomédico, muerte gestacional, México.

Beyond risk: A critical approach to gestational death from Social Medicine and Latin American Collective Health

ABSTRACT

This theoretical essay compares the predominant biomedical view of gestational death with a theoretical proposal anchored in Latin American Social Medicine and Collective Health (MSySCL). The analysis problematizes the notion of “risk factor” as an explanatory element and proposes an approach based on the social determination of health, which incorporates the economic, political, ideological and cultural

* Centro de Investigación interdisciplinaria en Salud Territorial (CIISTE), Universidad de Valparaíso. Correo electrónico de contacto: ignacio.herrera@uv.cl

** Departamento de Atención a la Salud, División Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 08 de julio de 2025.

dimensions, as well as structural contexts of inequality in terms of gender, social class and ethnicity. The results show how biomedical rationality, by focusing on isolated and ahistorical risk factors, makes invisible the structural conditions that perpetuate inequities and obstetric violence. In contrast, the critical perspective shows how labor precariousness, symbolic and material violence, and the dynamics of social exclusion shape the experiences of women who die a gestational death. This complex and ethical approach of the MSySCL seeks not only to broaden the academic understanding of the phenomenon, but also to be an input in the construction of inclusive and transformative public policies.

KEYWORDS: Social medicine, biomedical model, gestational death, Mexico.

Introducción

El objetivo de este ensayo es realizar una comparación entre la visión de la muerte gestacional que propone la corriente biomédica y contrastarla con una construcción propia apegada a la visión de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana (MSySCL).

Si bien la muerte gestacional es un evento biológico, también se requiere abordar su ocurrencia en un contexto político, económico e ideológico-cultural particular en el que ocurre, marcado por desigualdades estructurales de distinta índole, entre las que destacan las de género, clase social y etnia (Viveros Vigoya, 2016).

Comenzaremos revisando los aportes realizados desde la corriente biomédica, abordaremos los factores de riesgo vinculados a la muerte gestacional, también se mencionarán varios hallazgos emanados desde esta corriente. Luego se revisará la propuesta de la MSySCL, revisaremos el concepto de determinación social de la salud, y observaremos una serie de datos de encuestas aplicadas a nivel nacional, así como investigaciones cualitativas en distintos campos sociales en los cuales las mujeres cursan sus embarazos, y que

nos ayudan a complejizar la visión de la muerte gestacional.

Corriente biomédica

Desde la perspectiva biomédica, destacan una serie de artículos y resúmenes ejecutivos, publicados por *The Lancet* el año 2016 que se han convertido en eje rector para los gobiernos y los investigadores de todo el mundo con relación al tema. Desde ese año observamos la preminencia de esta perspectiva en centros universitarios, publicaciones y organismos internacionales, por sobre otras perspectivas que incorporan los componentes sociales en su comprensión.

Desde la perspectiva biomédica y la concepción actual de la epidemiología, la muerte gestacional se define como un evento derivado de la conjunción de múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como sociales, que operan de manera causal y se advierten a través de estudios estadísticos. Estos factores se utilizan para establecer la probabilidad de que las mujeres sufran un evento de este tipo. Analizar la teoría del riesgo es clave para comprender la explicación de la ocurrencia

de los procesos de salud-enfermedad según esta corriente, particularmente en el caso de las muertes gestacionales, donde el riesgo se entiende como la probabilidad de ocurrencia, conjugado con una visión factorial de la realidad.

Otra característica de esta corriente es su reduccionismo epistemológico, el que opera frente a una realidad compleja, ésta se reduce a sus interacciones y propiedades emergentes dentro de relaciones causales entre los elementos más simples de las tramas naturales (Lewontin et al., 1987). Esta operación desarticula gran parte de los procesos, separando los sociales, de los biológicos, pues son comprendidos como niveles de análisis distintos.

Por otro lado, destaca es el uso de una racionalidad instrumental. Parafraseando a Max Horkheimer, esta forma de racionalidad ha centrado su capacidad explicativa en el desarrollo tecnológico enfocándose en cumplir objetivos y fines particulares, sin considerar los medios por los cuales se logran, lo que ha causado la deshumanización de los sujetos, amenazando así su autonomía (Horkheimer, 2010). Esta forma de operar el mundo es típica del sistema capitalista y de sociedades profundamente desiguales como las latinoamericanas, donde se producen gran cantidad de conflictos éticos, que, al no considerar las experiencias de las comunidades y personas, incurre en abusos sistemáticos en general y en este caso bajo el argumento de, por ejemplo, disminuir las tasas de muerte gestacional. En definitiva, la técnica y la razón se constituyen como el principal elemento explicativo de la acción, un elemento tiránico, y totalizante, cuyo objetivo es el control, no sólo del hombre, sino también de la naturaleza.

Herramientas conceptuales de la corriente biomédica. Redes causales y riesgo

Conceptualmente se distinguen dos elementos claves en la visión Biomédica. El primero es la noción de red causal y el segundo es el factor de riesgo. Podemos decir que la visión de *The Lancet*, rescata ambos elementos. El artículo de Lawn et al. (2016) publicado en esta revista, justifica las bondades de observar la muerte gestacional desde la visión factorial, que se deriva de las que propone la Organización Mundial de la Salud, quienes definen “Un factor de riesgo es cualquier atributo, característica o exposición de una persona que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión” (OMS, 2017 citado en Dovjak y Kukec, 2019). En relación a la muerte gestacional, el artículo publicado por Lawn et al. (2016) realiza un análisis bibliográfico con la intención de identificar los factores descritos por la literatura científica, donde el concepto de riesgo considera dos categorías, a) factores maternos, donde incluyen los relacionados con elementos demográficos, fertilidad, infecciones, nutrición, estilos de vida, enfermedades no comunicables, y ambientales, y b) la categoría factores fetales, que agrupa elementos como, el sexo, la edad gestacional, anomalías congénitas y la enfermedad del factor RH.

Basados en esta construcción conceptual de los factores de riesgo, a continuación, se sintetizan algunos de los resultados producidos por esta corriente en relación con la salud de la población.

En 2015, hubo en el mundo aproximadamente 2.6 millones de muertes, las que se han reducido más lentamente en algunos casos que en otros. Por ejemplo, la tasa de muerte de menores de 5 años se ha reducido de 90 a 43 por cada mil nacidos

vivos entre 1990 y 2015; la tasa de muerte materna ha disminuido de 380 por cada cien mil nacidos vivos en el año 1990, a 210 por cada cien mil nacidos vivos en el año 2013, con una reducción de 45%. Tanto la muerte de menores de cinco años, como la muerte materna se incluyen dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, la Muerte gestacional que no se incluye dentro de estos objetivos, pareciera ser una de las probables razones por la que algunos gobiernos no las contabilizan o no las investigan (Lawn et al., 2016).

En un resumen ejecutivo publicado el año 2016 se menciona que un 98% de las muertes intrauterinas ocurre en países de renta baja o media, y 1.3 millones (la mitad de las muertes) ocurren durante el parto y al momento de nacer. También se menciona que muchas de estas muertes son causadas por condiciones prevenibles, como infecciones maternas, enfermedades no contagiosas y/o complicaciones obstétricas, además de malformaciones congénitas, y dentro de estas algunas también son prevenibles (The Lancet, 2016).

Otro artículo de la misma serie Joy Lawn et al. realiza el ejercicio de observar dónde ocurren estas muertes, cuándo y por qué ocurren. De las 2.6 millones muertes anuales ocurridas durante el tercer trimestre de gestación un 55% ocurren en familias rurales del África subsahariana y el sur de Asia, donde la asistencia especializada y las cesáreas son mucho menos usuales que en las áreas urbanas. En Finlandia, por ejemplo, las muertes fetales intrauterinas tienen una tasa de 2 cada mil nacidos vivos, mientras que en Nigeria la tasa es de 40 por cada mil nacimientos. 1.19 millones de muertes ocurren durante la labor de parto, 1.46 ocurren antes del parto. Entre las causas, explican las dificultades para su estudio, entre otros, que a

nivel internacional existen más de 35 sistemas de clasificación diferentes para estas muertes, por lo que los datos son difíciles de obtener y de comparar. Sin embargo, existe bastante consenso en que las cinco causas principales se deben a complicaciones del parto, infecciones maternas durante el embarazo, afecciones maternas, especialmente hipertensión; restricción del crecimiento fetal; y anomalías congénitas. Para América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad fetal se ha estimado en 9.4 por cada mil nacidos vivos, donde de ellas, un 28% ocurre en un contexto rural, de manera similar a lo que ocurre en regiones desarrolladas con un 22% de las muertes (Lawn et al., 2011).

Joy Lawn et al. (2011) señalan que el resultado del embarazo está estrechamente relacionado con las condiciones de riesgo de la madre, particularmente en el caso de la restricción del crecimiento fetal, una patología frecuentemente asociada a la hipertensión. Otras condiciones maternas que se vinculan con la muerte gestacional incluyen la diabetes y la hipertensión, comunes en muchos países. Además, en algunas regiones, enfermedades como la sífilis, la malaria y las infecciones por VIH son factores relevantes. En países de ingresos medios, bajos y altos, el tabaquismo y la obesidad también son factores importantes para considerar. Finalmente, Las autoras destacan la importancia de la escolaridad y el nivel socioeconómico de la madre como factores de riesgo adicionales.

También en *The Lancet*, Flenady et al. (2011) analizan los resultados de muerte gestacional de países de ingreso alto. Esta revisión sistemática incluyó 96 artículos de cinco países, y se reportan como factores de riesgo: sobrepeso materno y obesidad: el índice de masa corporal por sobre 25 kg/m² fue el factor de riesgo modificable con mayor peso en el modelo, entre 8 y 18%, contribuyendo con un total de 8.000 muertes en mayores

de 22 semanas de gestación; edad materna avanzada (más de 35 años) reveló una influencia entre 7 y 11% (4.200 muertes al año); tabaquismo materno posee un peso de entre 4 y 7% (2.800 muertes al año) y en poblaciones vulnerables este factor podría alcanzar el 20%; finalmente, ser madre primeriza tiene un peso de 15%. Desde el punto de vista médico los factores de riesgo serían: bajo tamaño con relación a la edad gestacional (25%); desprendimiento de placenta (15%); preexistencia de hipertensión (6.9%); preexistencia de diabetes (4.7%).

Un elemento para considerar es el mencionado por Ricardo Ayres, quien menciona que el concepto de riesgo, a mediados del siglo XX, adquiere una noción probabilística, de naturaleza causal, lo que es, a todas luces reduccionista e inferencial, pues se liga lo posible a lo probable, lo muestral a lo poblacional, y todo lo anterior al nivel individual (Ayres, 2005).

Una de las dificultades que enfrentaron los artículos de *The Lancet* fue la clasificación de la muerte gestacional. Algunos de los artículos consideraron la muerte gestacional desde la semana 22, otros desde la semana 28, incluso un estudio consideró desde la semana 40. Esta observación refleja la dificultad para comparar investigaciones y construir datos, tanto a nivel local, como de países. En la discusión, Flenady et al. (2011), proponen que la obesidad lejos de ser un factor exclusivo de los países de ingreso alto es un factor presente en el mundo entero. Sobre esto afirman una relación causal entre la obesidad y varios resultados obstétricos indeseados. Mientras que en relación con la edad gestacional de la madre (mayor a 35 años) afirman que es un riesgo asociado a la obesidad, lo que aumenta el riesgo de diabetes, infertilidad, motivando el uso de tecnologías reproductivas. También se menciona que en los países de ingreso

alto hay poblaciones de mujeres con desventajas, las que tienen mayor riesgo de muerte gestacional. Agregan que los Estados deberían desarrollar programas que motiven a dejar el hábito de consumo de tabaco durante el embarazo y mejorar el acceso a atención prenatal para disminuir las brechas. Los autores llaman a mejorar las oportunidades de las mujeres en materia de educación y empleo (Flenady et al., 2011).

En el tercer artículo de la serie de *The Lancet* publicado por Alexander Heazell et al. (2016), se hace énfasis en las consecuencias de la muerte gestacional, y su impacto en los padres, las familias, proveedores de salud, y a la sociedad en su conjunto, con costos directos, indirectos e intangibles. El objetivo de cuantificar las pérdidas es poder compararlas con los costos de intervención política para prevenir o aminorar los efectos negativos de la pérdida (Heazell et al., 2016).

En América Latina la visión biomédica ha sido replicada e implementada. El año 2017 en Chile se realizó un estudio de caso con cuatro mujeres, que explora la relación entre la obesidad y la muerte gestacional, con un enfoque histológico y de marcadores biológicos como la apelina y leptina que regulan el tono vascular placentario (Ovalle et al., 2017), el artículo muestra a través de resultados morfológicos placentarios que la obesidad afecta el desarrollo de la placenta.

En Cartagena, Colombia, otro estudio entre los años 2012 y 2014 que incluyó 458 casos de muerte gestacional, destaca que las principales causas fueron insuficiencia placentaria (44,7%), alteraciones del líquido amniótico (18,6%), causas maternas (12,8%) y causas fetales (12%), mientras que un 2,8% fueron inexplicables. El objetivo de este estudio fue poner a prueba un instrumento para clasificar los fetos muertos a partir de la

semana 22, demostrando un 97% de efectividad (Alvis-Estrada, 2016).

En México el enfoque biomédico también ha producido resultados. En 2015 un estudio analizó los certificados de nacimiento y defunción entre el año 2008 y el año 2012, enfocándose en las muertes producidas por malformaciones congénitas, las que, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), representan un 79,68% del total de muertes fetales en México. Los cinco estados con mayor tasa de muerte gestacional por malformaciones congénitas fueron; Aguascalientes (44,5 por cada 10.000 nacidos vivos), Tlaxcala (27,7 por cada 10.000 nacidos vivos), Querétaro (27,3 por cada 10.000 nacidos vivos), Distrito Federal (24,6 por cada 10.000 nacidos vivos), Guanajuato (24,0 por cada 10.000 nacidos vivos) (Canún Serrano et al., 2015).

El año 2017 en una carta al editor, la revista Salud Pública de México, publicó un resumen de los resultados de un estudio aplicado en el Hospital Mónica Petrelini, en Toluca, Estado de México. En este artículo se analiza una condición de embarazo específica, la llamada Ruptura Prematura de Membrana (PROM, por su sigla en inglés); concluyen que una dieta baja en vitamina C podría causar anomalías a nivel del colágeno, una molécula relevante en la constitución y mantención de la membrana corioamniótica. Mencionan que el nivel socioeconómico se ha considerado como una variable relevante en estudios anteriores, sin embargo, esta diferencia no se ha observado en México, por lo que no se consideró la variable para evitar las posibles confusiones (Hernandez-Garduño y Meneses-Calderón, 2017).

Corriente de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana

Esta corriente posee una forma particular de comprender las desigualdades en salud a partir de las características de la sociedad, desarrollando un marco teórico que se enfoca en las determinaciones sociales de la salud, las que se consideran como producto del devenir histórico de las comunidades, en cuyo proceso de corto, mediano y largo plazo se crean, transforman e intercambian productos de la actividad humana, materiales o simbólicos (Granados et al., 2019). Esta concepción socio histórica, requiere del reconocimiento y análisis específico de las estructuras sociales que determinan las formas de organización de la sociedad en un momento determinado, para la comprensión de los procesos sociales a nivel macro, meso y micro (singular). Destacamos el reconocimiento de las características de las macro estructuras de la organización económica de la sociedades capitalistas caracterizadas por la expropiación del excedente y, actualmente en su versión neoliberal la que se sustenta en la explotación de la naturaleza incluidos los hombres y mujeres, acompañadas por Estados y formas de organización política, legal, ideológicas y culturales, las que buscan someter las identidades y diversidades culturales, de vida ancestrales y las actuales en el capitalismo a condiciones degradantes y subordinación a las clases subalternas, a la dominación sexista del patriarcado y al dominio territorial y cultural de las etnias en sus territorios, creando límites a la vida social, biológica y natural con la organización de resistencias al orden establecido (Tetelboin, 2015). El campo de la salud y las formas de resolución de sus problemáticas, desde las condiciones de salud, enfermedad y atención, están igualmente determinadas. Desde la perspectiva de la MSySCL las formas

de explotación se vinculan directamente con la producción y la productividad.

Por otro lado, en el marco de lo simbólico, esta corriente busca conocer la forma en que las colectividades y los individuos crean significados acerca de la salud, los que se manifiestan en prácticas, las que, al articularse con las condiciones de vida producidas por las formas de organización social construyen los modos de vida (González-Guzmán, 2009).

Una característica adicional, es que la MSySCL posee un fuerte compromiso ético (Morales-Borrero et al., 2013), lo que se traduce en un diseño investigativo guiado por la necesidad de dar voz a un grupo de mujeres silenciadas, en nuestro caso, mujeres que cursaron un evento de muerte gestacional. Además, es necesario precisar que cuando usamos la categoría mujeres no nos referimos a identidades singulares, si no, más bien, a un grupo heterogéneo de personas, y no a una categoría homogénea.

Finalmente, podemos mencionar que la visión de la corriente biomédica se caracteriza por su enfoque funcionalista y pragmático. Este enfoque ha impactado negativamente en la sociedad, acelerando la economía, produciendo con esto, condiciones de vida y relaciones sociales insanas (Breilh, 2010).

Los elementos antes mencionados nos llevan a proponer una visión compleja de la muerte gestacional, abordando elementos que rodean las vidas de las mujeres que cursan este tipo de eventos.

Herramientas conceptuales de la Medicina Social y la Salud Colectiva. La Determinación Social de la Salud

La principal herramienta teórica, metodológica y ética de la MSySCL es la determinación social de la salud. Este concepto se ancla en dos observaciones empíricas que tienen valor teórico/metodológico, la primera es la dualidad del Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA), en otras palabras, la salud se comprende como un proceso biológico y social (Laurell, 1982), donde lo biológico se ve subsumido por lo social (Samaja, 2004). La segunda observación es que el PSEA en las sociedades, está ligado a las dinámicas productivas de éstas, entonces, este proceso es profundamente histórico y particular para cada sociedad (Eslava-Castañeda, 2017). Es por lo anterior que la determinación se convierte en un sinónimo de devenir histórico, o de modo de devenir (Bunge, 1972), a través del cual las personas y poblaciones, cursan procesos biológicos en contextos sociales particulares que no pueden ser desmembrados en pro de la causalidad unidireccional (Breilh, 2013).

Desde la MSySCL se cuestiona el concepto de factor de riesgo, utilizado por la biomedicina, para la cual los fenómenos de la salud se explican por dicho concepto, el que aun en la versión ampliada de sus objetos conceptuales y bajo la condición de su cuantificación (Ayres, 2005), sitúa el problema fundamental en que los factores de riesgo no poseen un peso específico en la ocurrencia del fenómeno a estudiar, ni tampoco guardan relación con las condiciones de salud en general y específicamente de las mujeres y su situación en torno al embarazo, parto y puerperio. Podemos mencionar, además, que reduce el espacio público de la salud al nivel micro, o individual (Ayres,

2005). Desde esta interpretación causal, la muerte gestacional, se incluye en un campo formalizado, el que puede reducirse en operaciones matemáticas complejas, cuyos resultados concluyen en una comprensión empirista y reduccionista a factores descriptivos inmediatos de los fenómenos del espacio público como se aprecia de manera representativa en los artículos de *The Lancet* referidos.

Una tercera herramienta conceptual para comprender la visión de la MSySCL proviene del sociólogo Pierre Bourdieu, quien desarrolla la teoría de la reproducción social, vinculada a conceptos como *habitus* y campo social. El autor se propone responder preguntas del tipo ¿cómo es posible que este mundo perdure en términos temporales? Y ¿cómo es posible que el orden social y las relaciones que componen este orden, se perpetúen?, el autor, en la obra *El Sentido Práctico* (Bourdieu, 2019), supera el antagonismo de dos grandes constructos o modos de pensar: el subjetivismo, que se propone como una fenomenología social, es decir que busca reducir a fenómenos individuales o a experiencias fenómenos sociales complejos (como la relación sujeto-estructura). En palabras del autor, la subjetividad “...tiene por objeto reflexionar sobre una experiencia acerca de la cual, por definición, no se reflexiona” (Bourdieu, 2019, pág. 44). Es, en otras palabras, un subjetivismo que no puede ir más allá de una descripción, en tanto que esta visión no considera las “condiciones de posibilidad”, es decir la forma en que se conjugan las estructuras objetivas (por ejemplo, las instituciones), y las estructuras incorporadas. El segundo modo de pensar cuestionado por Bourdieu es el objetivismo, el que se manifiesta como una física social. Su objetivo (similar al positivismo lógico del círculo de Viena) es descubrir las regularidades objetivas que gobiernan a las estructuras, los sistemas de relacio-

nes, sin considerar las conciencias individuales. La propuesta bourdeana recoge elementos de ambos modos de conocer, rescata la experiencia subjetiva del individuo, pero como un elemento que está íntimamente relacionado con las estructuras, y su constante evolución. Es por eso por lo que la autora y traductora al español de Bourdieu, Alicia Gutiérrez clasifica la posición del autor como “Estructuralismo Genético” (Gutiérrez, 2005), una posición eminentemente relacional, que en palabras de la autora se expresa como:

Pensar relacionamente es centrar el análisis en la estructura de las relaciones objetivas -lo que implica un espacio y un momento determinado- que determina las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de la estructura, de su posición en la misma, de sus posibilidades y de sus prácticas (Gutiérrez, 2005, p. 22).

En tal sentido, nos interesó en este trabajo, rescatar la teoría de la reproducción social de Bourdieu como una forma de abordar las relaciones sociales entre agentes y entre agentes y estructuras, así como el movimiento que ambos realizan frente a distintos eventos coyunturales de salud, como es el caso de la muerte gestacional.

El concepto de campo social el que, según Bourdieu, nos permite concebirlos como espacios de disputa, apegados a una visión conflictual y crítica de los espacios en los cuales se producen los diversos procesos sociales, incluidas las muertes gestacionales. El concepto de campo es indisociable de los conceptos de capital y *habitus*. Entonces, el campo es el espacio social, el lugar donde los actores realizan acciones con el fin de influir sobre otros actores. El objetivo de los actores, en los campos, es acumular ciertas formas de capital.

Bourdieu define capital más allá de la visión economicista y funcionalista de inversiones monetarias realizadas por actores o instituciones, sino más bien, entiende el capital como recursos que movilizan los actores en contextos específicos, mientras que el *habitus* se refiere a una estructura estructurada y a su vez estructurante, y es dentro de estas estructuras en la cual se heredan diversas formas de pensar y actuar sobre el mundo (Bourdieu, 2011).

Es en este juego de acumulación de capital, donde las personas se posicionan dentro del campo social, excluyendo a sujetos/as que no comparten sus ideas o, incluso, instituciones que no comparten sus visiones del mundo. La perspectiva del estructuralismo genético de Bourdieu se conjuga de forma epistemológicamente coherente con la visión de la MSySCL (Duarte Nunez, 2010).

Ya hemos revisado las herramientas conceptuales de la MSySCL, ahora revisaremos algunos datos donde se discuten las condiciones de las mujeres en general, y en particular en la Ciudad de México, en el campo laboral, familiar y de los servicios de salud.

La situación de las mujeres en el campo laboral

En un informe elaborado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) de la Ciudad de México (2018) con relación a la participación de las mujeres en el mercado laboral, se afirma que las mujeres ven vulnerados sus derechos a un salario igualitario con relación a los hombres, recibiendo menor salario por el mismo trabajo. El 78.5% de las mujeres ocupan puestos de trabajo en sectores de bajos salarios. Las mujeres que participan en el sector terciario tienen un salario

promedio de 37.7 pesos por hora trabajada, mientras que los hombres reciben 40.6 pesos por el mismo tiempo de trabajo. En el sector secundario la diferencia se agudiza, pues las mujeres reciben un salario de 28.5 pesos por hora trabajada, contra 35.2 pesos para los hombres. En relación con la formalidad del trabajo, las mujeres son más propensas a trabajar en la informalidad (empleo no agrícola) con un 56.3%, mientras que los hombres en un 49.2% (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

La desigualdad en el trabajo es un elemento que ha marcado las vidas de las poblaciones femeninas en México, expresándose tanto en el trabajo doméstico no remunerado como en el extra doméstico. Para Orlandina De Olivera y Marina Ariza el hecho que la mujer haya sido históricamente relegada a la esfera del trabajo doméstico no remunerado es una forma de exclusión social, la que les ha impedido el acceso al trabajo extra doméstico. Las autoras mencionan que el concepto de exclusión es útil en este caso, pues han sido excluidas de la participación en la sociedad, con consecuencias como una baja participación en la actividad económica tanto en México como en Ciudad de México. El concepto de exclusión es, para las autoras, eminentemente procesual y multidimensional, pues radica en las formas de relación social entre individuo y Estado, y entre Estado y sociedad civil, que paulatinamente ha ido aislando a las mujeres, en un fenómeno estructural más que casuístico. También consideran, dentro de este proceso de exclusión, el mosaico género, clase social y etnia, lo que impacta sobre el trabajo doméstico no remunerado, tanto como el extra doméstico, actividades asalariadas y por cuenta propia, de tiempo parcial y completo (De Oliveira y Ariza, 2000).

La situación de las mujeres en el campo familiar

El segundo campo lo compone la relación de las mujeres con sus familias en general, especialmente durante el embarazo. Esta relación ha sido estudiada desde distintas perspectivas, sin embargo, nos interesa realizar una aproximación cualitativa, basada en las experiencias de las mujeres, así como en las significaciones que le otorgan a ciertos temas y realidades que rodean a sus vidas, al embarazo y a la muerte gestacional.

Una perspectiva importante es la que viven las madres solteras, las que según informa un estudio publicado en 2015 por María de Lourdes Femat González, citando estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, menciona que el 13.7% de las mujeres que son jefa de un hogar monoparental declararon ser solteras, con edades que oscilan entre los 15 y 24 años; la mitad de ellas tuvieron su primer embarazo siendo solteras y el 16% de ellas sigue siendo soltera antes de que su hijo cumpla los 5 años. La parte cualitativa del estudio se realizó con diez mujeres que vivían en el municipio de Iztapalapa, y sus resultados arrojan varios conceptos reveladores, como el de “maternidad”, donde la identidad de mujer se encuentra definida a partir de la posibilidad de ejercer el rol materno. Por otro lado, el concepto “familia” descrita con la composición tradicional de: padre, madre e hijos, es entendida como lo normal, es ahí donde se enfrenta sus expectativas con la realidad (Femat González, 2015). En otras palabras, el ejercer el rol de madres siendo solteras presiona sus subjetividades, las que se asocian a una visión tradicional de familia.

Otra investigación, fue realizada con entrevistas a jóvenes que fueron madre cuando tenían entre 17 y 20 años, sus resultados coinciden con la inves-

tigación antes descrita. Se observa la realización del mandato de ser madre el que, a pesar de ser un evento no buscado voluntariamente, sin embargo, la maternidad les entrega la certeza de un lugar en la sociedad, la posibilidad de obtener visibilidad y reconocimiento (Rojas Elena, 2018). El artículo también cuestiona la falta de oportunidades laborales y educativas que ofrece la sociedad a estas mujeres.

La situación de las mujeres en el campo de los servicios de salud

El tercer campo de interés lo conforman las mujeres en relación con los servicios de salud. Esta interacción posee una arista de investigación bien definida, y que tiene una amplia cantidad de información disponible tanto en México como en América Latina. De acuerdo con lo mencionado por Verdugo y Salinas (2018), el fenómeno de la Violencia Obstétrica fue definido en 1993 por la Organización de las Naciones Unidas como toda forma de violencia que se sustenta en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, también se incluye toda forma de coerción, amenazas o privación de la libertad.

Verdugo y Salinas realizan un estado del arte sobre la situación de la Violencia Obstétrica en América Latina y México. Entre sus conclusiones destaca la subordinación de las mujeres en el campo de la salud, donde el saber médico regula, controla y determina qué es lo normal o patológico. El enfoque biopolítico resulta particularmente interesante, pues describe la relación desigual de poder entre las mujeres y el conocimiento biomédico, así como las acciones que ejerce el personal de salud para lograr la subordinación de las mujeres, desplazándolas del rol protagónico que deberían jugar en el proceso del embarazo. Para ellos

es, en esta forma de violencia, que se cristalizan las relaciones de poder, la cultura médica hegemónica, la discriminación y la desigualdad social (Verdugo Torres & Salinas Urbina, 2018). En este campo, Roberto Castro y Joaquina Erviti mencionan que entre los años 2000 al 2012 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, registró la mayor cantidad de denuncias en el ámbito ginecológico y obstétrico, contabilizando 2877 (Castro y Erviti, 2014). En consecuencia, la Revista Género y Salud en Cifras menciona que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género, y de la misma forma que se percibe a la mujer en la sociedad, se percibe en el campo médico, es decir se percibe como un sujeto que puede ser abusado, y donde las consecuencias de ese abuso no serán recibidas. A este fenómeno lo denominan violencia institucionalizada en la salud reproductiva, y es la extensión de la cultura patriarcal que se establece como un orden social y cultural, donde los hombres pueden decidir sobre los cuerpos de las mujeres, y en esta tarea cuentan con enfermeras, médicas, y personal no médico femenino, como sus aliados. Es entonces que se menciona la triada, violencia obstétrica, violencia institucional y violencia patriarcal (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2001).

Conclusiones

Al comparar la visión biomédica con la de la MSySCL, encontramos diferencias conceptuales, metodológicas y éticas importantes en torno a las concepciones de la explicación de la producción de los fenómenos de la salud en general, y en particular en el caso de la muerte gestacional.

Situados desde esta perspectiva crítica, el giro que se propone requiere observar las vidas de las mujeres que cursan un evento de muerte gestacional, a través del acercamiento empírico de la

conceptualización de las dimensiones determinantes de las vidas de las mujeres, lo que permite comprender a fondo la producción de este evento que contiene elementos estructurales y singulares de sus vidas. Este giro, es guiado, además, por un compromiso ético y político para conocer y transformar estas realidades junto con las poblaciones, especialmente las excluidas socialmente.

Organizaremos nuestras conclusiones en tres puntos, el primero relacionado con un elemento conceptual obviado por la visión biomédica, los campos sociales. El segundo punto se vincula con la importancia de las políticas públicas, y el tercer punto relacionado con la violencia estructural como un elemento crítico de la determinación social de la muerte gestacional.

Sobre los campos sociales

No podemos analizar los campos sociales como entidades ontológicas independientes, los comprendemos más bien, como campos de intersección socialmente determinadas, es decir, atravesados por ejes culturales y normativos determinados y determinantes, que impactan en la salud de las mujeres. Esto se observa en todos los campos.

Desde un enfoque biomédico, el análisis suele ser descriptivo y se limita a los factores de riesgo, sin considerar la historia de las personas y las colectividades. Aunque esta perspectiva contribuye con conocimiento valioso, su alcance es restringido y no permite una comprensión integral y holística de la problemática que nos ocupa. Al observar la experiencia de mujeres que atraviesan la muerte gestacional en distintos contextos sociales, es posible reconstruir sus historias, relacionarlas con ámbitos de acción esenciales y comprender las complejas redes en las que estos eventos tienen lugar. Además, el enfoque de la MSySCL facilita

la identificación de las diversas formas de violencia a las que estas mujeres están expuestas.

Políticas públicas

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la Organización de Naciones Unidas en 2015 son un instrumento crucial de políticas públicas que buscan abordar problemas globales. Estos objetivos son especialmente relevantes para nuestro enfoque, ya que abordan las condiciones en las cuales las mujeres cursan sus embarazos. Por ejemplo, el Objetivo 1 propone el fin de la pobreza, el Objetivo 3 promueve la salud y el bienestar, y el Objetivo 5 aboga por la igualdad de género. Estos objetivos guían a los distintos países miembros de la ONU en la creación de políticas públicas que mejoren las condiciones de vida y salud de las mujeres.

Desde la visión biomédica, a menudo se pierde el enfoque en los procesos políticos, económicos y culturales que movilizan a las sociedades en la creación de políticas públicas. Estos procesos son fundamentales para abordar y erradicar toda forma de violencia hacia las mujeres en los distintos espacios en que participan, tanto públicos como privados. La MSySCL, en contraste, reconoce la importancia de estos contextos y promueve un

enfoque integral que considera las desigualdades estructurales y las dinámicas de poder que afectan la salud de las mujeres. Así, los ODS no solo proporcionan un marco para la acción, sino que también resaltan la necesidad de una perspectiva holística que integre la justicia social en la formulación de políticas públicas.

La violencia estructural como determinación social de la muerte gestacional

Ampliando el análisis de la muerte gestacional, podemos observar la violencia obstétrica como fenómeno, se podría argumentar que la muerte gestacional no es solo el resultado de interacciones violentas durante la atención prenatal, y al momento del parto, sino también es parte de una violencia estructural que atraviesa todo el proceso de embarazo. Esta violencia estructural se manifiesta en la falta de acceso a cuidados adecuados, la discriminación y la precariedad laboral, todas formas de opresión que afectan de manera diferenciada a mujeres de distintas clases sociales y etnias más desfavorecidas. Esta conclusión es observable a través del análisis que realizamos de los campos sociales, comprendiendo que en estos espacios se dan dinámicas relacionales marcadas por diferencias de distintos tipos de capital, a saber, simbólico, económico y cultural entre otros.

Referencias bibliográficas

- ALVIS-ESTRADA, L. (2016). “Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de Cartagena, Colombia”, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 187-196.
- AYRES, J. (2005). *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BOURDIEU, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Argentina: Siglo XXI.
- BOURDIEU, P. (2019). *El sentido práctico*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- BREILH, J. (2010). “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida*: 10 tesis hacia una visión crítica de la 10 tesis hacia una visión crítica de la. Rediscutiendo a ques do da determinando social da saúde” (págs.

- 87-125). Bahía-Brasil: CBES.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva)”. UASB-Digital, 1-45.
- BUNGE, M. (1972). *Causalidad, El principio de causalidad en la ciencia moderna*. Buenos Aires: EUDEBA.
- CANÚN SERRANO, S., NAVARRETE HERNÁNDEZ, E., REYES PABLO, A. Y VALDÉS HERNÁNDEZ, J. (2015). Prevalencia de malformaciones congénitas de herencia multifactorial de acuerdo con los certificados de nacimiento y muerte fetal. México, 2008-2012. Boletín Médico del Hospital infantil de México, 290-294.
- CASTRO, R. Y ERVITI, J. (2014). *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. CONAMED, 37-42.
- CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA. (2001). Violencia Obstétrica. Género y Salud en Cifras, 1-72.
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. (2018). Estudio sobre la igualdad entre hombres y mujeres en materia de puestos y salarios en la administración pública federal. Ciudad de México: CNDH y ODS-ONU.
- OLIVEIRA, O. DE Y ARIZA, M. (2000). *Género, trabajo y exclusión social en México. Estudios Demográficos Y Urbanos*, 15(1), 11-33.
- DOVJAK M. y KUKEC A. (2019) *Creating Healthy and Sustainable Buildings: An Assessment of Health Risk Factors*. Cham (CH): Springer.
- DUARTE NUNEZ, E. (2010). “Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos”. *Salud Colectiva*, 11-19.
- ESLAVA-CASTAÑEDA, J. (2017). “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”. *Revista Salud Pública*, 396-403.
- FEMAT GONZÁLEZ, M. D. (2015). “Significados de la maternidad en madres solteras. En Familia y parentalidad: nuevas significaciones” (págs. 17-41). Ciudad de México: UAM-X, CSH, Educación y comunicación.
- FLENADY, V., KOOPMANS, L., MIDDLETON, P., FRØEN, F., SMITH, G., GIBBONS, K., . . . EZ-ZATI, M. (2011). “Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis”. *The Lancet*, 1331-1340.
- GONZÁLEZ-GUZMÁN, R. (2009). “La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud”. TEMAS Y DEBATES, 1-9.
- GRANADOS, J. A., ROSALES, R. A., Y MENDOZA, J. M. (2019). “Sobre el carácter complejo de la definición de salud”. En R. A. Rosales, J. M. Mendoza, & C. A. López, *Epistemología de la salud* (págs. 51-79). Ciudad de México: Universidad Autónoma de Ciudad de México.
- GUTIÉRREZ, A. (2005). *Las prácticas Sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra Ediciones.
- HEAZELL, A., SIASSAKOS, D., BLENCOWE, H., BURDEN, C., BHUTTA, Z., CACCIATORE, J., . . . DOWNE, S. (2016). “Stillbirths: economic and psychosocial consequences”. *The Lancet*, 1-13.
- HERNANDEZ-GARDUÑO, E. Y MENESES-CALDERÓN, J. (2017). “Period prevalence and anthropometric predictors of premature rupture of membranes in Mexican women, 2009-2012”. *Salud Pública de México*, 1-2.
- HORKHEIMER, M. (2010). *Crítica de la razón instrumental*. Ciudad de México: Trotta Editorial.
- LAURELL, A. C. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales*, 1-11.
- LAWN, J., BLENCOWE, H., PATTINSON, R., COUSENS, S., KUMAR, R., IBIEBELE, I., . . . STANTON, C. (2011). “Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?”. *The Lancet*, 1448-1463.
- LAWN, J., BLENCOWE, H., WAISWA, P., AMOUZOU, A., MATHERS, C., HOGAN, D., . . . COUS-

- ENS, S. (2016). "Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030". *The Lancet*, 587-603.
- LEWONTIN, R., ROSE, S. Y KAMIN, L. (1987). *No está en los genes*. Ciudad de México: Crítica.
- MORALES-BORRERO, C., BORDE, E., ESLAVA-CASTAÑEDA, J. Y CONCHA-SÁNCHEZ, S. (2013). "¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas". *Revista de salud pública*, 797-808.
- OVALLE, A., BARRIGA, T. Y KAKARIEKA, E. (2017). "¿Se relaciona la obesidad en el embarazo con muerte fetal por insuficiencia placentaria?". *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 614-620.
- ROJAS ELENA, E. (2018). "Adolescentes, embarazo y maternidad". En A. Ortiz Tepale, & M. P. Femat González, Estudios de familias (págs. 163-174). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
- SAMAJA, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- TETELBOIN, C. (2015), "Políticas sociales y de salud. Los momentos de las reformas en América Latina y los derechos ciudadanos", en Tetelboin C. y Granados JA (coords). *Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*. UAM-X, México, pp: 1-30.
- THE LANCET. (2016). "Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles". *The Lancet*.
- VERDUGO TORRES, J. Y SALINAS URBINA, A. (2018). "La violencia obstétrica como un problema de estado: su presencia en las leyes latinoamericanas". En E. Jarillo Soto, & O. López Arellano, Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM (págs. 17-41). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- VIVEROS VIGOYA, M. (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". *Debate Feminista*, 1-17.

Vida mental: una propuesta para el estudio de la mente en su relación con el trabajo

Eduardo Minero García*

RESUMEN

En los estudios sobre la relación entre mente y trabajo, frecuentemente se observa una ambigüedad conceptual que aborda la mente como objeto que es causa y origen de sí mismo, sin tomar en cuenta las relaciones estructurales que la determinan; lo que no permite una mayor comprensión de dicha relación. El presente ensayo aborda una reflexión sobre algunos conceptos que se utilizan para acercarse a comprender la mente como objeto de estudio. Esta reflexión también se orienta en proponer vida mental como una conceptualización que logre un acercamiento en el entendimiento de la mente a partir de un proceso de análisis y síntesis de sus relaciones esenciales que la determinan histórica y socialmente. Asimismo, se propone el estudio de la sujeción de la vida mental a las contradicciones estructurales de la sociedad capitalista y sus manifestaciones en el malestar de los sujetos.

PALABRAS CLAVE: Mente, trabajo, subjetividad, vida mental.

Mental life: a proposal for the study of the mind in its relationship with work

ABSTRACT

In studies on the relationship between mind and work, a conceptual ambiguity is frequently observed, addressing it as an object that is the cause and origin of itself, without considering the structural relationships that determine it; which does not allow a greater understanding of the relationship that it maintains with work. This essay addresses a reflection on some concepts that are used to approach understanding the mind as an object of study. This reflection is also oriented towards proposing mental life as a conceptualization that achieves an approach in understanding the human mind based on a process of analysis and synthesis of its essential relationships that determine it historically and socially. Likewise, the study of the subjection of mental life to the structural contradictions of capitalist society and its expressions in the discomfort in workers is proposed.

KEYWORDS: Mind, work, subjectivity, mental life.

* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: eduardo89minero@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de noviembre de 2023.

Fecha de aceptación: 03 de junio de 2025.

Introducción

Hasta ahora, la mente en su relación con el trabajo no ha sido explorada lo suficiente y no se ha logrado abarcar toda la complejidad que esto significa. Esto debido a que la mente aún aparece como un nudo en el conocimiento que está conformado de planteamientos filosóficos, científicos e ideológicos. Esto ha dado paso a conceptos que mantienen una ambigüedad en su comprensión, que en ocasiones la colocan como objeto que es causa y origen de sí misma y no alcanzan a mirarla en su relación histórica con la sociedad.

El abordaje de la mente aún aparece como un nudo en el conocimiento, como algo irresoluto y permeado por el modelo biomédico, lo que ha dado paso históricamente a todo tipo de intervenciones sobre la misma. Esto ha llevado a formas de estudio y respuestas sociales que no permiten cuestionar y modificar las causas principales de las problemáticas de la mente.

Por su parte, el trabajo es entendido para este escrito desde la noción de Marx (1975) como el proceso en el que el ser humano media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza y esto lo logra al poner en movimiento las fuerzas naturales de su cuerpo. La fuerza de trabajo es el conjunto de capacidades físicas y mentales en su corporeidad que le permiten trabajar. Con el modo de producción capitalista, el trabajador es solo poseedor de su fuerza de trabajo y se ve obligado a ponerla a la venta en forma de mercancía para conseguir los medios de subsistencia necesarios. El comprador de esta mercancía quien es poseedor de los medios de producción, la consume a través del trabajo de su vendedor para extraer de ella el plusvalor. Es de esta manera que el cuerpo, tiempo, trabajo y vida del trabajador quedan subordinados al capital, por lo que es un elemento

determinante en la vida y salud de los sujetos de acuerdo con la posición social que tengan en el proceso productivo.

La mente en su relación con el trabajo es de gran importancia para su comprensión debido a que éste articula la vida de los trabajadores; las condiciones de trabajo ordenan sus tiempos, el tipo de relaciones sociales y la capacidad de consumo; la organización de dichos tiempos determinan las posibilidades de interacción con la familia, refiriendo a las relaciones de pareja y con los hijos, por lo que el trabajo tiene un papel de importancia en la salud y la mente del trabajador y de los miembros del grupo familiar (Menéndez, 2005). Además de esto, se tiene presente la relevancia de la determinación histórica y social de la mente en relación con el trabajo.

Esto motiva el presente ensayo que aborda una reflexión sobre algunos conceptos que se utilizan para acercarse a comprender la mente como objeto de estudio. Asimismo, se orienta en proponer una comprensión de ésta desde el modo de pensamiento dialéctico a partir de un proceso de análisis y síntesis de sus relaciones esenciales que la determinan histórica y socialmente. Desde esta perspectiva, se abordan algunos referentes conceptuales de los postulados críticos del materialismo histórico, los cuales forman parte del marco teórico del campo de conocimiento científico de la Medicina Social y la Salud Colectiva, constituidos por la distribución diferenciada del proceso salud-enfermedad y la respuesta socialmente organizada para afrontarlo, como sus dos objetos de estudio. A partir de esto, se propone el concepto de vida mental y su sujeción histórica a las contradicciones sociales inherentes de la lógica capitalista, como determinantes del malestar en los sujetos trabajadores.

Los problemas de la metafórica salud mental

Desde la antigüedad, se ha buscado comprender la mente humana desde distintas filosofías del oriente y occidente. Fue hasta la segunda parte del siglo XVIII, con mayor desarrollo del capitalismo que impulsó la revolución industrial, que algunas disciplinas dentro del campo de la medicina, tales como la psiquiatría, buscaron estudiarla para atender los problemas sociales de las grandes metrópolis.

En el siglo XIX la psicología apareció como una ciencia de la era moderna que buscaba dar respuesta a los problemas de las clases oprimidas que obstaculizaban la acumulación del capital, tales como la locura, las adicciones o la influencia del comunismo. La burguesía buscó con esto, formas científicamente fundamentadas de presionar ideológicamente a las clases subalternas y justificar la explotación y la violencia ejercida en ellas. Ya en la segunda década del siglo XX, aparecieron las primeras investigaciones sobre la salud mental y trabajo con la finalidad de prevenir los problemas que perjudicaban la productividad en los sujetos (Martínez, 1997).

A partir de esto, el estudio de la mente y su salud se ha ido desarrollando hasta la actualidad, ganando cada vez mayor atención en su valor, promoción, cuidado y recuperación. A pesar de este interés, la salud mental como concepto queda definido de forma ambigua y no da claridad sobre qué se comprende por mente, ni cómo se conforma. También llama la atención el uso del concepto de salud en relación con la mente, siendo ésta aún un objeto poco comprendido para reconocer de manera empírica si posee la condición de salud o enfermedad de la misma forma que un cuerpo vivo.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud define la salud mental como:

un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (OMS, 2023).

Desde esta visión la mente no queda definida, aparece como un objeto dado, confuso, ahistórico, abierto a distintas interpretaciones o solo como una metáfora. Solamente se define el concepto de salud como “un estado de bienestar” que permite el desarrollo del individuo en su vida social.

En esta definición de carácter funcionalista se identifican los mismos intereses que han motivado el desarrollo del estudio de la mente desde el siglo XVIII y que van de la mano del precepto de acumulación de capital. En este sentido la salud mental aparece como “un elemento esencial” para que cada individuo sea productivo al tener la capacidad de “aprender y trabajar adecuadamente para el desarrollo socioeconómico” (OMS, 2023). También es considerada como un derecho humano fundamental, del cual depende la capacidad de producción de cada individuo.

De esta forma hay muchos acercamientos desde diversos campos de conocimiento para comprender la salud mental, sin definir antes la mente como objeto separado de la salud, ni de cuestio-

nar su condición de enfermedad. Asimismo, este concepto ha sido objeto de discusiones desde distintas perspectivas, como la psicología, la antipsiquiatría y la psiquiatría crítica.

Estas discusiones se centran en la concepción y los tratamientos de los fenómenos relacionados a la mente que están permeados históricamente por la visión biomédica a partir de la psiquiatría. La salud y la enfermedad han sido comprendidas de diferentes maneras en distintos momentos históricos, y en cada caso se ha generado diferente práctica médica de acuerdo con la ideología dominante. Durante un largo periodo histórico, la psiquiatría ha atendido los procesos de la mente de la misma forma que cualquier enfermedad. También ha sido un instrumento de control y represión de las conductas desviadas de la norma (Martínez, 1997).

El sistema manicomial surgió a finales del siglo XVIII como respuesta a las presiones políticas y sociales de recluir a los “enfermos mentales”, cuyos criterios no distinguían entre vagabundos, alcohólicos, visionarios, epilépticos, etc. No se contaba con una concepción clara sobre la mente, ni con criterios objetivos de enfermedad, por lo que se encerraba a todo aquel que fuera etiquetado como enfermo mental. A principios del siglo XIX, se reconoció que la locura no era responsabilidad individual, pero las acciones sí, por lo que los tratamientos para atender a los locos se buscaban a partir de procedimientos médicos para acabar con las enfermedades del cerebro que provocan la locura. Esto llevó a atender a los “enfermos mentales” con aterradores tratamientos como purgas, baños calientes o helados; disciplinarios a partir de castigos corporales, como el uso de hierros candentes para modelar y someter la “la enfermedad mental” (Martínez, 1997).

En una sociedad dividida en clases, como lo es la capitalista, en donde aparecen profundos desequilibrios y desigualdades, el sistema psiquiátrico ha aparecido subordinado al aparato estatal de tipo represivo y autoritario en el sentido analizado por Lenin, en el cual la práctica médica y la clase dominante ha asumido roles de dominio de las clases oprimidas que son institucionalizados. Las prácticas en los hospitales psiquiátricos han conformado un cuadro de represión y violencia institucionalizada ante la “enfermedad mental” en donde lo que se ha atendido más que los comportamientos o lo que sucede en los cerebros es, por un lado, la falta de funcionalidad en una sociedad dividida en clases, entendiéndose como la incapacidad de trabajar y de participar en el proceso productivo de acumulación de capital, y por el otro, dotar de una cobertura científica a la represión burocrática que permite silenciar las manifestaciones humanas de las contradicciones sociales (Pirella, 1978).

Todo esto ha sido discutido y ha dado paso a una posición más ética por parte de la psicología, la antipsiquiatría y la psiquiatría crítica frente a la locura, pero aún permanece eclipsado por el modelo hegemónico médico-positivista de la salud/enfermedad mental (Martínez, 1997). También ha llevado a la necesidad de superar la práctica represiva psiquiátrica, pero ésta todavía se perpetúa a partir de medios modernos, silenciosos y sutiles de violencia como el uso de tratamientos farmacológicos y la persuasión psicoterapéutica (Pirella, 1978).

El concepto de enfermedad mental ha sido objeto de discusión por estas razones, principalmente porque medicaliza procesos de la mente que no son médicos y que responden más a procesos sociales. Esto ha llevado a la necesidad por parte de

la psicología de buscar términos menos afines al campo biomédico -como el de integridad mental- y repensar algunos como el de “salud mental”.

La relación de la subjetividad con la mente

La primera idea que orienta este proceso teórico reflexivo es la siguiente: pensemos en una acción trivial como el robo de un pan. Imaginemos que el sujeto que realizó el robo piensa que con esta acción hizo algo malo. En este punto podríamos preguntarnos ¿desde dónde el sujeto está pensando que su obrar fue malo? La respuesta podría darse muy sencilla al decir que desde la moral del sujeto. Ésta forma de regular el actuar individual y colectivo en relación con el bien y el mal que aparece en el proceso del pensar del sujeto podría haber sido transmitida por sus padres y estos a su vez la recibieron de la sociedad. Pensemos que la moral del robo que imparte la sociedad a su vez fue determinada histórica y socialmente por la propiedad privada que parte de la distribución social de los recursos. Esta distribución estaría determinada por el modo de producción imperante.

La respuesta está en el uso del término sujeto, que hace referencia a la sujeción del individuo a las determinaciones históricas de la vida social, a la normatividad que impone el orden social prevaleciente; en otras palabras, al hablar de sujeto se está hablando del vínculo colectivo determinado histórica y socialmente entre la persona y su sociedad. Estamos hablando de las nociones de subjetividad y sujeto que nos colocan ante los procesos de creación de sentido y el pasaje de la naturaleza a la cultura, de la sujeción al mundo social histórico que consiste en tramas de significación (Baz, 1999).

La subjetividad se estaría entendiendo para este escrito, en su función de sujeción del sujeto al

tejido social y ésta se da a partir del orden simbólico representado por el lenguaje y el campo normativo constituido por las instituciones, los procesos históricos de organización social y lo colectivo, que brindan el marco de interpretación de la realidad del que dispone cada sujeto (Baz, 1999; García-Borés, 2011). También se estaría comprendiendo en el carácter de particularidad que tiene el marco interpretativo, pues la subjetividad brinda el marco particular con el que el sujeto significa y se piensa a sí mismo y a su entorno. La mente podría comprenderse entonces en su carácter de singularidad.

Para ilustrar esta idea, se hace referencia a los estudios sobre el desarrollo del pensamiento realizados por Vygotsky (1995), en los cuales se resalta la conexión que mantiene el desarrollo del lenguaje humano con la mente y su función de pensar. La formación del proceso de pensamiento tiene escasa relación con la parte material del lenguaje verbal como el sonido, siendo que éste se centra en el aspecto interno de la palabra, en el significado. Éste es una parte inalienable del lenguaje como del pensamiento y refleja una realidad distinta a la que refleja la sensación y la percepción.

El lenguaje mantiene una relación inherente al desarrollo del pensamiento y su función primaria es la comunicación del sentido y de la concepción que se tiene del mundo a partir del intercambio social. La transmisión racional, intencional, de la experiencia y el pensamiento a los demás se da a partir del lenguaje humano nacido de la necesidad de intercomunicación durante el trabajo. En este entendido, el medio de comunicación es el signo que a través de sucesos simultáneos se asocia con un significado que sirve entonces para transmitir el mismo contenido a otros seres humanos. De esta forma, la comunicación humana mantiene

una actitud generalizadora y sofisticada en el desarrollo del significado de las palabras (Vygotsky, 1995).

Las formas superiores del intercambio humano son posibles porque el pensamiento refleja una realidad conceptualizada (Vygotsky, 1995). La concepción del significado como una unidad que comprende tanto el pensamiento generalizado como el intercambio social, son de gran valor para el estudio del desarrollo de la mente, pues permite la comprensión de que ésta tiene una cualidad social. Sin sociedad no sería posible una mente. Esto se refiere a que el sujeto no piensa en el vacío, sino piensa en relación con el momento histórico y social en el que vive; por lo que son las relaciones materiales en las que vive el sujeto las que determinarán su subjetividad y a partir de esto es que se presentan las expresiones singulares de la mente de cada uno.

La subjetividad como una construcción social encierra un entramado denso de conceptos, creencias, explicaciones sobre la realidad, criterios de valoración, pautas morales y pautas de comportamiento, un conjunto inmenso de elementos que vamos adquiriendo a partir de la interacción con los demás, con el mundo social que nos rodea (García-Borés, 2011), a través del cual pensamos al mundo y nos pensamos a nosotros mismos en nuestra particularidad. A la mente se le puede atribuir el carácter de singularidad en la manera única en la que cada sujeto se identifica, percibe, desea, decide, vive, piensa y siente a sí mismo y a su entorno, la cual es irreplicable de sujeto a sujeto a pesar de que estén sujetos a un mismo entramado social.

La sociedad es un elemento esencial en la mente y le da forma a partir de esta vía explicada como

subjetividad. Mientras que la subjetividad incorpora lo que proviene del entorno social de manera particular, la mente aparece como ese movimiento interno desde donde se piensa, siente, decide, desea y vive de manera singular lo que el entorno le envía. De esta forma, se puede distinguir el momento dialéctico en donde se encuentra la subjetividad que es previo al momento en donde aparece la mente. Resulta de especial importancia la singularidad que puede tener la mente para permitir explicar la variedad de formas de pensar dentro de una misma sociedad.

En este entendido la subjetividad y la mente quedan colocadas en diferentes momentos dialécticos. Con este proceso teórico reflexivo se ha buscado colocar la mente en un momento dialéctico subsecuente para lograr diferenciarla de las determinaciones abstractas que la configuran, en el entendido de que ésta no es originada por sí misma, sino se entiende como parte de una sociedad que la va determinando en cada momento histórico en función de su sujeción al entramado social.

La relación de la materia con la mente

En este momento de la reflexión, se analiza la materia en su inserción como una determinación más de la mente con un mismo grado de abstracción. Con materia se hace referencia al cerebro, las células nerviosas (neuronas y neuroglías), hormonas, y todas las funciones orgánicas del cuerpo, así como su nivel de desarrollo y organización. No es el objetivo de este escrito analizar empíricamente cómo se dan los procesos psicofisiológicos del pensamiento, y mucho menos acercarnos a reflexionar sobre la relación genotipo y sistema nervioso central, sino de analizar las determinaciones histórico-sociales del cuerpo y su relación con la mente.

El campo científico de la Medicina Social y la Salud Colectiva plantea que el cuerpo se determina de manera histórica y social, lo cual corresponde con las diferentes posiciones que los grupos humanos ocupan en la sociedad y en el proceso de acumulación de capital. Para esta comprensión se retoma la noción de trabajo (Marx, 1975) y los momentos dialécticos (la producción y el consumo) del materialismo histórico, para definir las condiciones materiales en las que los individuos y los grupos sociales reproducen la vida. De esta forma, la noción de trabajo permite distinguir a los grupos humanos de una totalidad social, cuya posición determina histórica y socialmente el grado de desarrollo y organización de la materia de los individuos, modos de vida, de desgaste de la materia y, por lo tanto, modos de enfermar y morir (Laurell, 1978; Laurell y Noriega, 1989). De esta manera el cerebro humano como órgano del cuerpo que forma la parte material de la mente va a tener una determinación social.

El nivel de desarrollo y organización del cuerpo, y del cerebro como parte de éste, se relaciona con las condiciones sociales de cada grupo humano, las cuales se van determinando de manera histórica. En este entendido, tanto la materia, como la mente, se colocan en un mismo momento dialéctico abstracto, en donde ambas parten de una sociedad históricamente determinada, manteniendo una relación horizontal, en la cual la materia determina a la mente y ésta a su vez a la materia.

Para ilustrar este planteamiento es necesario explicar las vías en las que se determinan ambas partes, comenzando con el modo en que la materia determina a la mente. Para esto se toma a modo de ejemplo la enfermedad cerebral denominada demencia, la cual se caracteriza por una degeneración de las células nerviosas del cerebro y la disminución de la masa cerebral que provoca

la pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, así como un deterioro de las funciones cognitivas. El proceso de esta forma de enfermar del cerebro ha sido ampliamente estudiado y condiciones como el déficit nutricional forma parte de su determinación (Hernando-Requejo, 2016), al cual se le puede rastrear su carácter social e histórico. La forma en cómo esta enfermedad de la materia transforma la mente del sujeto a partir de la pérdida de memoria y de las funciones cognitivas indica el modo en que ésta se determina en función de la materia.

Para continuar ilustrando esta misma vía, se retoma lo que expone Sebastián Lipina (2020) en su libro *Pobre Cerebro*. En él comienza utilizando un juego de palabras en inglés *food for thought*, cuya traducción es “alimentos para el pensamiento”; con esto señala que lo que comemos, lo que hacemos, nuestros estilos y calidades de vida, tienen mucho que ver con lo que pasa en nuestro cerebro. La “experiencia de pobreza” (la falta de nutrición y estimulación ambiental temprana adecuada, la exposición a drogas y tóxicos ambientales desde la concepción y la activación crónica de estresores ambientales) impacta sobre la constitución y el desarrollo del cerebro (afecta la conexión entre neuronas, se deshacen circuitos neuronales e impide el desarrollo de áreas cerebrales). Con esto plantea que la condición de pobreza disminuye el desarrollo de capacidades de la materia y por tanto de la mente. El cerebro se desarrolla de acuerdo con el lugar que nos toque en la sociedad y en el proceso productivo, sea en suerte o en desgracia, por lo que el efecto de la posición social también determinará nuestra mente.

El papel de las condiciones sociales, económicas y laborales son de relevancia en el desarrollo de la materia. Las desigualdades en las diferentes clases sociales, como las condiciones de nutrición, la

salud y la capacidad diferenciada de consumo de las clases subalternas determinan el nivel de desarrollo de la materia y, por lo tanto, tienen una relación dialéctica en el proceso de determinación de la mente. Esta comprensión ha quedado eclipsada por el saber de la biomedicina que convierte el problema de la salud en algo abstracto en donde lo determinante es la enfermedad biológica (Menéndez, 2005), lo que ha sido comprendido de la misma manera con la patología y la salud mental que excluyen esta red de relaciones históricas y sociales para la comprensión de la mente.

Para pasar a explicar la segunda vía de la relación dialéctica horizontal en donde la mente determina a la materia, es necesario brindar atención a las contradicciones que desde el enfoque biomédico se tiene en la patologización de la mente. El saber médico ha reducido la comprensión de la patología a signos y diagnósticos a partir de indicadores principalmente biológicos. Esta comprensión de la enfermedad corresponde a un biologismo, individualismo, ahistoricidad, mercantilismo y eficacia pragmática, lo que ha excluido la comprensión del enfermo y la enfermedad en relación con las condiciones históricas y sociales (Menéndez, 2005). La patologización de la mente responde a esto y excluye procesos históricos, sociales, económicos, culturales e ideológicos respecto a los padecimientos de la mente. En consecuencia, se promueve un conjunto de acciones individuales para enfrentar las alteraciones de la mente y para la promoción de la cuestionada “salud mental”, dado que el problema aparece solo en el individuo y no se da lugar a los procesos históricos y sociales.

La patologización de la mente tiene como ejemplo las alteraciones como el estrés, la ansiedad y la depresión, cuya comprensión, de ser limitada solamente a indicadores biológicos, llevaría a un

gran reduccionismo, pues estas alteraciones tienen una amplia relación con la sociedad determinada por el modo de producción capitalista y sus contradicciones, pues de alguna suerte, han proliferado y son diagnosticados a gran escala en este momento histórico de la sociedad; como lo señala Mark Fisher (2009), son una manera de descontento reflejada en la mente y que tienen como causa principal el capital cuya lógica se centra en la producción de mayor acumulación. El estrés aparece como una manifestación mental de la destrucción del concepto de lo público; del otorgamiento de una mayor autonomía del trabajador; la situación política actual, la libertad e influencia del mercado y la erradicación de los derechos sociales; la liberación de los trabajadores del Estado, la relación patronal y la burocracia, lo que en ha dado paso a que los trabajadores trabajen más tiempo y más duro, que sus condiciones se deterioren y perciban un peor salario; que esto suceda en función de financiar el rescate de la elite financiera por parte del Estado, mientras los agentes de dicha elite continúan tramando la destrucción de la red de servicios públicos de la que dependen los trabajadores. El estrés es solo un ejemplo de respuesta a los problemas sociales, pero también se pueden expresar con otras alteraciones mentales, con rebeldía, descontento social, conformismo o algo más.

La ansiedad también aparece como una manifestación mental de las formas de trabajo en el momento actual del capitalismo y sus prácticas como el uso de sistemas de evaluación y autoevaluación, las auditorías permanentes y la postergación indefinida de los deberes que conducen a un cuadro donde impera esta alteración de manera perpetua junto a una gran insatisfacción (Fisher, 2009). Otras alteraciones, como la bipolaridad y la esquizofrenia, como lo apunta Fisher (2009), siguiendo a Christian Marazzi, al igual que lo ha-

cen Deleuze y Guattari (1985) son propios del interior de la sociedad capitalista.

El caso de la patologización de la mente posee ventajas enormes en la sociedad determinada por el modo de producción capitalista, principalmente porque se mantiene en la lógica de acumulación de capital a partir de la práctica médica psiquiátrica que responde a los intereses de las corporaciones farmacéuticas; y porque mantiene el control social de las poblaciones oprimidas al eclipsar el cuestionamiento de las contradicciones sociales como causas y en cambio permite la reproducción ideológica de las normas y valores de la clase opresora (Cohen, 2016).

Esta primera ventaja en la patologización de la mente se ejemplifica con el señalamiento que hace Whitaker (2010) sobre el crecimiento del uso de antidepresivos y antipsicóticos entre la población de los Estados Unidos; en el periodo de 1985 al 2008 las ventas de estos fármacos en ese país tuvieron un crecimiento cincuenta veces mayor y esto se refleja hoy en día en donde uno de cada ocho estadounidenses toma un psicofármaco de forma habitual. Esto se relaciona con la formación contemporánea de profesionales de la salud mental bajo el pragmatismo de la Práctica Médica (PM) que responde más a la agenda neoliberal que se centra en el desarrollo científico de la medicina y mercantiliza el proceso de trabajo médico, dejando fuera la formación bajo un pensamiento crítico (Cohen, 2016).

Pérez et al. (2025) señalan que la PM se encuentra determinada por tres procesos sociales distinguibles en lo económico, lo político y lo ideológico. La distinción política de la PM aparece con la expresión microsociedad del médico como agente de la institución médica que ha asumido históricamente el rol de intervenir en los cuerpos enfermos

para que los sujetos se reintegren al cumplimiento de sus funciones en el proceso productivo, pues la generación de acumulación de capital solo puede llevarse mediante la explotación del trabajo que es la apropiación del trabajo ajeno, por lo que se necesita el cuerpo sano del trabajador para poder trabajar. La distinción política se expresa al asumir funciones sociales que consisten en evitar la muerte, los daños a la salud, controlando la natalidad, al regular conductas patologizando unas y legitimando otras, medicalizándolas, el caso de la patologización de la mente es un buen ejemplo de la esencia política de la PM. El componente ideológico de la PM ayuda a desmitificar su neutralidad por ser científica o técnica, sino que responde a ideas e intereses y, a partir de ésta surgen relaciones de poder que operan desde la relación médico-paciente, hasta el nivel institucional a partir de normas para mantener el orden social de explotación capitalista.

La PM busca principalmente atender la enfermedad, en este caso la patología mental a partir de la práctica psiquiátrica, y enfatiza su curación al corregir el síntoma para ocultar la afección y hacer callar el malestar social que aparece en el sujeto en lugar de prevenirlo (lo que implicaría la modificación de relaciones sociales como las condiciones de vida de las clases trabajadoras) (Macacaro, 1978; Pérez et al., 2025). Esto refuerza el impulso del sistema hacia el sujeto aislado al colocarlo en la posición de un enfermo a causa de su química cerebral; a su vez esto permite un mercado lucrativo para que las empresas farmacéuticas internacionales desplieguen sus productos como cura (Fisher, 2009).

A la materia se le puede atribuir de manera empírica la condición de salud y enfermedad; el cerebro puede ser sometido a procedimientos médicos como el hígado o la sangre, pero la mente

no. La patologización de la mente individualiza y plantea como causa solo los desajustes químicos en la neurología del sujeto, pero queda fuera de discusión cualquier problema de carácter social (Fisher, 2009) e histórico. La distinción entre materia y mente como relación dialéctica en un mismo momento abstracto, reconoce que existe una instancia neurológica en las alteraciones; pues es verdad que la depresión se constituye en el terreno neuroquímico por un bajo nivel de serotonina; pero también permite un cuestionamiento, a partir del carácter histórico y social de la mente, del porqué un sujeto tiene bajos niveles de serotonina.

Tanto materia y mente son objetos determinados histórica y socialmente, y no solo entes biológicos e individuales. El colocar la relación dialéctica de la mente con la materia en un mismo momento abstracto, permite cuestionar si la determinación social de la mente forma parte del proceso de enfermar de la materia del sujeto. A su vez, si la determinación social en el grado de desarrollo y organización de la materia y de su patología, tienen la capacidad de determinar la mente.

Vida mental y trabajo

La ambigüedad conceptual que se presenta para el estudio de la mente en su relación con el trabajo ha llevado a hacer este breve recorrido reflexivo sobre la mente a partir de un proceso de análisis de las fuerzas que la producen. Para realizar una propuesta que permita el estudio de la mente en relación con el trabajo, no se debe pensar en ésta como un objeto estático, sino en movimiento. Al igual que la formación social es dinámica debido a que revoluciona sus propias relaciones de forma permanente y continuamente transforman la sociedad misma y las subjetividades que produce; y el cerebro humano como parte de la materia va teniendo diferentes niveles de desarrollo y orga-

nización en cada etapa de la vida de acuerdo con las condiciones sociales y biológicas; la mente también sería un proceso singular, continuo y dinámico que da paso a una vida interna en cada sujeto, a la cual se le denominaría conceptualmente como vida mental.

Asimismo, se le atribuye el carácter de singularidad de la mente a la propuesta de vida mental; La sujeción del sujeto a la sociedad a partir de su subjetividad particular, siendo que ésta es propia de cada sujeto, determina una vida mental con carácter de singularidad en el sentido de que ésta es única e irreplicable. El carácter de particularidad de una y de singularidad en la otra permite la distinción entre ambos conceptos.

La vida mental se propone como una manera de comprender cómo aparece y opera de forma singular el movimiento de la sociedad en la cual el trabajo aparece como un elemento central. Con el movimiento de la sociedad se hace referencia a las contradicciones sociales. Para esta propuesta se toma en consideración la determinación de la mente a partir de su sujeción a la sociedad determinada histórica y socialmente por el modo de producción capitalista y la conformación de ésta a partir de contradicciones internas, cuya base fundamental es la contradicción entre capital y trabajo. Esta contradicción principal de la lógica capitalista es entendida en sus múltiples determinaciones, y opera en cada sujeto en su vida mental en la forma singular en la que se identifica, percibe, se motiva, desea, decide, vive, piensa y siente a sí mismo y a su entorno.

La lógica de la sociedad capitalista es inherente a la contradicción fundamental capital-trabajo; ésta se expresa en la unidad dialéctica entre el carácter social de la producción y privado de la apropiación y se desarrolla como parte del proce-

so de acumulación capitalista. La contradicción fundamental capital-trabajo da paso a otras contradicciones en sus múltiples determinaciones y en diferentes niveles, como: las clases sociales, la relación centro-periferia, y las fuerzas productivas y relaciones de producción, entre otras (Pérez y Esquenazi, 2018).

La vida mental se propone cómo una forma de comprender cómo operan las contradicciones sociales de manera singular en los sujetos. En el análisis de la contradicción fundamental de la lógica capitalista que se da entre capital y trabajo, en donde se reflejan problemas y frustraciones de la sociedad -desigualdades, pobreza, desempleo, necesidades sociales, entre otras formas- se configura un malestar en cada sujeto que puede surgir en forma de preocupaciones, incertidumbres, culpas, angustias, miedos, así como daños a la salud que están determinados, en última instancia, por las contradicciones sociales.

Reflexiones finales

Se trata en definitiva de una tarea necesaria una reflexión más amplia de la mente para colocar nuevas bases para su estudio e intervención. Pensar la mente desde un método dialéctico a partir de un proceso de análisis y síntesis de sus determinaciones es otra forma de acercamiento en la comprensión de la mente que permite reconocerla en su carácter histórico y social.

El abordaje a partir de los referentes teórico conceptuales, que desde el materialismo histórico han sido fundamentales en el marco teórico de la Medicina Social y la Salud Colectiva, permite desmitificar construcciones terminológicas como el de salud mental. En sentido que los términos no son neutrales, sino responden a determinadas epistemologías, por lo cual tienen un trasfondo

ideológico que no se debe pasar por alto; lo que lleva a formas de estudio y respuestas sociales para la atención de la mente que no emergen en alternativas que permitan cuestionar y modificar las causas últimas o principales de su malestar, en este caso.

La situación particular del estudio de la mente ha quedado como algo irresoluto en lo abstracto, lo que ha dado paso a todo tipo de formas de intervención en lo concreto. De ahí que las discusiones sobre la concepción y los tratamientos de los fenómenos relacionados a la mente están permeados históricamente por la visión biomédica y en dirección a una mayor acumulación de capital.

Por su parte, la vida mental es una propuesta que plantea una forma distinta de comprender y abordar cómo opera la relación que tiene la sociedad y el trabajo, como una parte central de ésta, en la mente de los sujetos. Esta propuesta está pensada con base en el materialismo dialéctico como la filosofía de las clases oprimidas, y que es contraria a los métodos de pensamiento que históricamente son promovidos por la forma de pensamiento burgués que han preponderado la concepción biomédica positivista que eclipsa la relación de la mente con la sociedad.

Finalmente, por las razones que motivan el presente escrito, este concepto se está pensando para estudiar la mente únicamente en su relación con el trabajo. No obstante, aún necesita de mayor desarrollo, pues la vida mental no se limita a la relación con la actividad productiva, sino se puede desarrollar en su relación con cualquier otra esfera en la vida de los sujetos, como la familia, la comunidad, el género, la sexualidad, etcétera, y estudiar las contradicciones sociales y sus expresiones en cada una de ellas.

Referencias bibliográficas

- BAZ, M. (1999). La entrevista de investigación en el campo de la subjetividad. En: Jáidar, I. (Ed.) *Caleidoscopio de subjetividades*. UAM-X, CSH, Educación y comunicación, 77-96.
- COHEN, B. (2016). *Psychiatric Hegemony. A Marxist Theory of Mental Illness*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-46051-6>
- DELEUZE, G. y GUATTARI, F. (1985). *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós.
- FISHER, M. (2009). *Realismo capitalista ¿No hay alternativa?*. Titivillus.
- GARCÍA-BORÉS, J. (2011). La subjetividad sin más. *Estudios de psicología*, vol.32, Núm. 3: 321-332. <https://doi.org/10.1174/021093911797898493>
- HERNANDO-REQUEJO, V. (2016). Nutrición y deterioro cognitivo. *Nutrición hospitalaria*, vol. 33: 49-52. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.346>
- LAURELL, A.C. (julio, 1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos políticos*, Núm17: 59-79.
- LAURELL, A.C. y Noriega, M. (1989). *La Salud en la Fábrica, Estudio sobre la Industria Siderúrgica en México*. Era.
- LIPINA, S. (2020). *Pobre cerebro*. 2ed. Siglo Veintiuno Editores.
- MACCACARO, G. (1978). Clase y salud. En: E. Menéndez (Ed), *Aportes para una política de la salud*. Editorial Nueva Imagen, 73-90.
- MARTÍNEZ, S. (1997). *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. [Tesis para obtener el grado de maestría en Medicina Social]. División de ciencias biológicas y de la salud: UAM-X. Repositorio Hook. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2511>
- MARX, K. (1975). Capítulo V Proceso de trabajo y proceso de valorización. En: K. Marx *El Capital* Tomo I, Volumen 1. Siglo XXI, 215-240.
- MENÉNDEZ, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, vol.1, Núm. 1: 9-32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- PÉREZ, O. y ESQUENAZI, A. (2018). Contradicción capital-trabajo y cuestión social en el proyecto neoliberal. *Revista de Políticas Públicas*, vol.22, Núm.1: 445-465. <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v22n1p445-465>
- PÉREZ, R., MINERO, E., GRANADOS, A. (2025). Sobre la determinación social de la Práctica Médica. *Social Medicine*, vol.18, Núm.1: 67-76. <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v18i1.2025.1921>
- PIRELLA, A. (1978). Psiquiatría, represión, lucha de clase. En: Menéndez (Ed), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. Editorial Nueva Imagen, 153-160.
- VYGOTSKY, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Ediciones Fausto.
- WHITAKER, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown Publishers.