

ISSN: 2007-5790

# PROBLEMA SALUD

# PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 19 / NÚMERO 38 / JULIO-DICIEMBRE 2025

**Aproximaciones críticas  
a las diferencias  
en las prácticas de  
salud-enfermedad-  
atención-cuidado**



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco

# Universidad Autónoma Metropolitana

**Dr. Gustavo Pacheco López**

RECTOR GENERAL

**Dra. Esthela Irene Sotelo Núñez**

SECRETARIA GENERAL

## UNIDAD XOCHIMILCO

**Dra. María Angélica Buendía Espinosa**

RECTORA

**Dra. Irma Gabriela Anaya Saavedra**

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 **Andrea Elizabeth Araujo Saldivar** • DISEÑO Y FORMACIÓN DCG **Rosalía Contreras Beltrán**



**Salud Problema**, Segunda época, Año 19, No. 38, julio-diciembre 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](mailto:saludproblema@correo.xoc.uam.mx). Dirección Editorial: Soledad Rojas Rajs. Edición Técnica: Andrea Elizabeth Araujo Saldivar. 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 Andrea Elizabeth Araujo Saldivar, 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: 20 de enero de 2026. Tamaño del archivo 1.7 MB.

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

D.R. © 2011 Universidad Autónoma Metropolitana.

# Índice

## 6 EDITORIAL

## 14 AUTORES Y AUTORAS

### DOSSIER “APROXIMACIONES CRÍTICAS A LAS DIFERENCIAS EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN-CUIDADO”

- 22 **Entre el frío y el calor. Resistencia, existencia e interculturalidad crítica en la salud de la comunidad ñañhõ asentada en la Colonia Roma**  
*Between cold and heat: resistance, existence, and critical interculturality in the health of the ñañhõ community settled in Colonia Roma*

*Luis Ernesto Calixto Urquiza*

*José Arturo Granados Cosme*

- 41 **Del canibalismo agrícola a la soberanía en salud: El “Programa Cacao 4S” como alternativa de política pública para la cadena de cacao en Zapallo, Ecuador**  
*From agricultural cannibalism to health sovereignty: the “Cacao 4S Program” as a public policy alternative for the cocoa value chain in Zapallo, Ecuador*

*Hugo Zumárraga Suárez*

*Julio Sánchez Otero*

*María de Lourdes Larrea Castelo*

*Gissela Mediavilla*

*Miguel Romero Flores*

*Laurence Maurice*

- 60 **Prácticas médicas y experiencias de atención en torno al VIH: un acercamiento etnográfico a la consulta médica en las Clínicas Condesa (CDMX)**  
*Medical practices and care experiences related to HIV: an ethnographic approach to medical consultations at the Condesa Clinics (Mexico City)*

*Mónica Paulina Hernández Leyva*

*Alicia Piñeirúa Menéndez*

- 78 **Cuidar desde la diferencia: Significados, tensiones y saberes situados en la atención temprana al desarrollo infantil**  
*Caring through difference: Meanings, tensions, and situated knowledge in early childhood development care*

*Miriam Jacqueline Villarruel Ortega*

*Fabiola Soto Villaseñor*

- 94 **Los desafíos de la formación sanitaria en contextos latinoamericanos y la búsqueda por repolitizar la bioética: una lectura desde la realidad mexicana**

*The challenges of health training in latin american contexts and the quest to re-politicize bioethics: a perspective from the mexican reality*

*Abdiel Fernando Uribe Allier*

*Luis Alfonso Munive Valencia*

- 104 **Tejiendo salud con las niñeces: Un enfoque crítico desde la Salud Colectiva y las metodologías participativas**

*Weaving health with children: a critical approach from Collective Health and participatory methodologies*

*María Del Carmen Cortés Quiroz*

*Avelina Landaverde Martínez*

*Azucena Ojeda Sánchez*

- 123 **Hacia el desarrollo de epistemologías contracapacitistas**

*Toward the development of anti-ableist epistemologies*

*Alejandro Cerda García*

- 142 **Atención médica integrada y centrada en la persona vs pesocentrismo en el primer nivel de atención: reflexiones y recomendaciones**

*Integrated, person-centered medical care vs. weight-centrism in primary care: reflections and recommendations*

*Alejandra García Arista*

*Fabiola Carolina Vázquez Díaz*

*Karla de los Ángeles Martínez Alegría*

*Iván Tonatiuh Rodríguez Serrato*

*Abdiel Fernando Uribe Allier*

## **OTROS ARTÍCULOS**

- 152 **Evaluación y fortalecimiento en la implementación de las FESP en los Distritos de Salud para el Bienestar de Sonora, 2024**

*Evaluation and strengthening of the implementation of the Essential Public Health Functions (EPHFs) in the Health Districts for Well-Being of Sonora, 2024*

*José Luis Alomía Zegarra*

*Jorge Laureano Eugenio*

*Abraham Ocejo García*

*Universo Ortiz Arballo*  
*María Mayela Medina Romero*  
*Elia Susana Castro Lomeli*  
*Eduardo Smith Pérez Juárez*

**163 Infecciones respiratorias en infantes y la percepción materna del apoyo social en comunidades rurales zacatecanas**

***Respiratory Infections in infants and maternal perception of social support in rural zacatecan communities***

*Juan Daniel Contreras Martínez*  
*Pascual G. García Zamora*  
*Cristina Almeida Perales*

**174 Alteraciones del sueño en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud: un análisis cualitativo fenomenológico**

***Sleep disturbances in students of the Faculty of Health Sciences: a qualitative phenomenological analysis***

*William Prada Melo*  
*Nicolle Ospina Cuellar*  
*Sebastián Ríos Cervera*  
*Paula Fernanda Prieto Rubio*  
*Cristian David Reina Lozada*  
*Maria José Mesias Viveros*  
*Erick Jafet Delgado Rico*  
*Nicol Canizales Silva*

**188 Carta de Río de Janeiro, XVIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, 8 de agosto de 2025**

## Editorial del número 38

### Revista Salud Problema

La revista *Salud Problema* da la bienvenida a las personas lectoras del número 38. En este número, presentamos el dossier temático: Aproximaciones críticas a las diferencias en las prácticas de salud-enfermedad-atención-cuidado, coordinado por tres editoras invitadas, las doctoras Esmeralda Covarrubias López, Ana Carla Reyes Soriano y Adriana Lozano Daza. Este dossier reúne ocho trabajos, artículos y ensayos, que abordan diversas prácticas de salud-enfermedad-atención-cuidado, con enfoques que discuten si estas prácticas reproducen lógicas hegemónicas en salud o, por el contrario, abren posibilidades de transformación.

Adicionalmente, el número incluye tres artículos de investigación crítica en la sección abierta. También, publicamos la Carta de Río de Janeiro, documento elaborado como declaración final del XVIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Desde el equipo editorial consideramos relevante situar este número en el contexto sanitario reciente de América Latina y el Caribe. Durante la segunda mitad de 2025 se observaron avances relevantes en algunos indicadores de salud, así como grandes desafíos asociados a la fragilidad de los sistemas de salud, las desigualdades en el acceso a servicios y las dificultades para sostener políticas públicas orientadas a la salud como derecho.

Un hito regional ocurrió en Brasil. En diciembre de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) validó al país por la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a su vez, subrayó el valor del Sistema Único de Salud (SUS) y su enfoque de derechos. Al mismo tiempo, se hicieron visibles riesgos asociados a la disminución y desigualdad en las coberturas de inmunización. En la Región de las Américas se registraron brotes y un aumento de casos de sarampión en al menos diez países, así como un repunte de la tosferina, en un contexto en el que las coberturas regionales alcanzaron mínimos históricos en la última década. En México, los casos y defunciones atribuidos a estas enfermedades mostraron incrementos relevantes en comparación con años previos.

Estos retrocesos sanitarios no pueden leerse al margen del contexto político internacional y las tensiones políticas en torno a organismos multilaterales como la OMS y la OPS mientras se expanden los discursos que cuestionan los sistemas públicos, el sentido mismo de la salud pública e incluso el conocimiento científico. La decisión del gobierno de Estados Unidos de iniciar su retiro de la OMS durante 2025 no es un hecho aislado ni meramente administrativo. Se acompaña de narrativas que desacreditan la cooperación internacional en un momento en el que la región requiere, más que nunca, coordinación para la vigilancia epidemiológica, la

vacunación y la respuesta rápida ante riesgos sanitarios. Estas narrativas ponen en duda la efectividad, la seguridad y la legitimidad de las vacunas y de otras intervenciones colectivas, generando efectos concretos en la vida social, porque minan la confianza en las vacunas, en los sistemas de salud y abren la puerta para que los gobiernos dejen de considerar las políticas de protección colectiva como parte indispensable de su quehacer. Desde la medicina social y la salud colectiva, este escenario plantea un conflicto particular, que se aborda en el dossier temático de este número: por un lado, existe una crítica necesaria a los usos hegemónicos de la ciencia cuando reproducen desigualdades o refuerzan el statu quo; pero, por otro, esa crítica no implica renunciar a la defensa del conocimiento científico como herramienta indispensable para la salud pública, ni avalar posiciones que socavan la evidencia, la cooperación y el derecho a la salud.

Entre el 4 y el 8 de agosto de 2025 celebramos la realización del XVIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva ALAMES, en el que se elaboró la Carta de Río de Janeiro como declaración final. Ahí, se reafirma el legado histórico de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) a 40 años de su fundación y se ubica a la salud colectiva como proyecto político, ético y social inseparable de la democracia, los derechos sociales y la soberanía de los pueblos. Desde la noción de determinación social de la salud, se defiende una concepción no biomédica de la salud, vinculada a las condiciones históricas, sociales y políticas de América Latina, y se ratifica el compromiso con la transformación de las estructuras que producen enfermedad, desigualdad y exclusión.

ALAMES adopta una posición explícita frente a los conflictos geopolíticos contemporáneos, solidaria con el pueblo palestino y con Cuba frente al bloqueo estadounidense, y condenando las políticas migratorias y represivas impulsadas desde Estados Unidos y gobiernos aliados, así como las decisiones de gobiernos latinoamericanos de derecha que amenazan derechos sociales, en particular en Argentina. En este marco, se denuncia el avance de la extrema derecha, el autoritarismo, la desinformación y la violencia política, señalando su impacto sobre las democracias, la juventud y la cohesión social en la región.

También se expresa una crítica estructural al capitalismo contemporáneo, al que identifica como responsable del aumento extremo de las desigualdades, la precarización del trabajo, la mercantilización de la vida, la destrucción ambiental y la profundización de múltiples formas de opresión. La crisis ambiental es entendida como una consecuencia directa de un modelo extractivista y depredador que requiere no solo mitigación de daños, sino un cambio profundo del modelo de desarrollo hacia la justicia ambiental, la soberanía territorial y la producción sostenible.

ALAMES reafirma en esta declaración el rechazo a la privatización y financierización de la salud, oponiéndose a las políticas promovidas por organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el FMI, por ejemplo, al uso conceptual de la Cobertura Univer-

sal de Salud o las Funciones Esenciales de Salud Pública en modelos que limitan derechos y fortalecen al sector privado. Frente a ello, se reivindican sistemas públicos, universales y estatales de salud, la lucha contra todas las formas de discriminación, y la necesidad de disputar las comunicaciones, el uso de las tecnologías digitales y la inteligencia artificial. El documento concluye con un llamado a unificar luchas y a construir un orden social orientado al buen vivir, la justicia social y la defensa de la vida, reafirmando a la salud colectiva como una práctica crítica, propositiva y profundamente latinoamericana.

Sin embargo, el escenario en la región y el mundo es adverso. En Bolivia, Argentina, Honduras y Chile los procesos electorales de fines de 2025 concluyen con victorias para la ultraderecha y la derecha – en contraste con la ola progresista de décadas anteriores -en varios casos con la injerencia del gobierno trumpista a través de amenazas concretas o apoyos a candidatos. Este número 38 de *Salud Problema*, que reúne los meses de julio a diciembre 2025, se publica después del 3 de enero de 2026, fecha marcada por la agresión de Estados Unidos a Venezuela, con bombas y el secuestro de su presidente, que se acompañó de amenazas contra Colombia, México, Cuba y otros países del mundo, bajo la idea de la “Doctrina Donroe”. Ante este panorama, la vida, la soberanía y la salud de los pueblos están en riesgo y más que nunca es imprescindible sostener y defender una mirada crítica sobre la salud y el ideal de los derechos para todas y todos.

Desde este lugar, *Salud Problema* se reafirma como un espacio de reflexión crítica, compromiso ético y debate latinoamericano. Reiteramos la bienvenida a todas, todes y todos los lectores del número 38 y les invitamos a enviar contribuciones para próximos números.

**Soledad Rojas Rajs**, Directora editorial

## Editorial al Dossier

### Aproximaciones críticas a las diferencias en las prácticas de salud-enfermedad-atención-cuidado

Reflexionar sobre la otredad parece ser interés principalmente de aquellas disciplinas dedicadas al campo de la cultura; no obstante, las inquietudes que aquí surgen son formuladas desde el campo de la salud en aras de aportar herramientas teórico-epistemológicas-metodológicas para el desarrollo de prácticas éticas y políticamente transformadoras. Este cuestionamiento no es un ejercicio académico abstracto, por el contrario, nace de encrucijadas que hemos experimentado quienes contamos con formaciones profesionales/convencionales en el área de la salud pero que, por diversos caminos luego experimentamos un giro epistémico hacia enfoques provenientes de disciplinas de las ciencias sociales y humanidades. Este tránsito de perspectivas posibilita la construcción de diálogos interdisciplinarios, por ejemplo, entre el estudio del cuerpo anatomofisiológico con el abordaje del cuerpo político de la sociedad, o de la técnica aséptica con el análisis contaminante de las relaciones de poder, dotándonos así, de una doble mirada: la que reconoce la urgencia del alivio de sufrimientos y la que desconfía de los modelos hegemónicos que, pretendiendo ofrecerlo, con frecuencia perpetúan dolores estructurales. Desde ese lugar incómodo y controversial, convocamos a este dossier para desentrañar críticamente las diferencias en las prácticas de salud-enfermedad-atención-cuidado, un campo minado por contradicciones donde lo “inclusivo” suele enmascarar nuevas exclusiones, y lo “diverso”, folklorizar la desigualdad.

En este contexto el panorama contemporáneo en salud pública y atención sanitaria está marcado por paradojas significativas relacionadas con el reconocimiento discursivo, casi obligatorio, de la necesidad de abordar la diversidad cultural, de género, étnica y social. Términos como “interculturalidad”, “enfoque de género”, “salud inclusiva” y “atención centrada en la persona” impregnan documentos rectores, proyectos institucionales, declaraciones e incluso decálogos en la materia. Estas orientaciones se presentan como buenas intenciones y respuestas progresistas políticamente correctas ante la evidencia abrumadora de las persistentes desigualdades en salud y su atención. Sin embargo, la aplicación pragmática y descontextualizada de estos conceptos a menudo deriva en un simulacro de inclusión. La “diferencia” se convierte en un ítem a marcar en una ficha clínica, la “interculturalidad” en la mera traducción de folletos o la incorporación de un “ritual” aceptable en un protocolo rígido, y el “género” en una variable binaria que no cuestiona la heteronormatividad estructural de los servicios. En escenarios concretos como son los hospitales, centros de salud o en los propios proyectos de salud comunitaria, es común observar cómo los protocolos “universales” fracasan ante realidades complejas, o cómo ciertos discursos que apelan por el respeto a la diferencia no hacen otra cosa que esencializar características culturales de los pacientes, impidiendo ver el trasfondo de sus conocimientos, sus prácticas, sus significados, sus estrategias, sus luchas y su capacidad de agencia. Lo que se promueve entre el personal de salud como “competencias culturales” que suelen reducirse a un listado de “lineamientos interculturales” o de “qué

hacer y qué no hacer con los grupos *diferentes*” y que no se acompaña de una ampliación de la conciencia crítica sobre el diálogo, la humildad epistemológica y la disposición a ser interpelado/a, conlleva un costo alto: la despolitización de categorías críticas, la invisibilización de las dinámicas de poder que configuran la enfermedad y el cuidado y, en última instancia, la reproducción sutil o explícita de formas de exclusión, subordinación y exotización de la otredad.

¿Por qué ocurre esto? Identificamos al menos tres grietas epistemológicas en estas aproximaciones dominantes. Primero, una deshistorización de la diferencia. Las identidades y las prácticas de salud-enfermedad-atención-cuidado son presentadas como esencias estáticas, desconectadas de procesos coloniales, económicos y de racialización que las han constituido. Segundo, una negación de la conflictividad y el poder. El discurso hegemónico de la inclusión suele plantear un horizonte de armonía superadora, obviando que las diferencias están atravesadas por tensiones, asimetrías y violencias. Promover la “empatía” como solución individual, sin desmontar las estructuras que hacen al “otro/a” empáticamente incomprensible o digno de una compasión paternalista, es un gesto insuficiente y a menudo contraproducente. Tercero, un universalismo encubierto. Muchos modelos que se pretenden sensibles a la diferencia parten de una norma implícita (blanca, occidental, colonial, heterosexual, burguesa) desde la cual se “tolera” o “integra” lo diverso.

Frente a este escenario, la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas nos brindan un anclaje fundamental. No se trata solo de distribuir recursos de manera más equitativa, sino de cuestionar las hegemonías que definen qué es la enfermedad, qué cuenta como cuidado, quién es sujeto/a de conocimiento y quién objeto de intervención. En este marco, pensar las diferencias desde perspectivas críticas no es un complemento, es un pilar fundamental. Implica reconocer que el cuerpo-enfermo, el cuerpo-que-se-cuida y el cuerpo-que-cuida son espacios que inscriben las marcas de clase, género, etnicidad, sexualidad y capacidad.

Por ello, este dossier extiende una invitación a la lectura de un diverso abanico de investigaciones y experiencias cuyo eje común es el abordaje de las diferencias en las prácticas de salud, al mismo tiempo que representa un recordatorio de la necesidad de aproximaciones críticas al proceso salud/enfermedad/atención/cuidado. El horizonte que guía este número también es el de las luchas contrahegemónicas por la construcción de sociedades más justas y equitativas; en salud, esto se traduce en la construcción de sistemas, modelos y prácticas de cuidado que de manera genuina permitan el reconocimiento de la diferencia, pero que a su vez estén en disposición de dejarse transformar por ella. En este mismo sentido, como editoras de este dossier reafirmamos nuestro compromiso respecto a la promoción de praxis de salud desde una lectura interdisciplinaria y desde la exploración de la pluralidad de saberes-haceres sobre el cuerpo, la vida y la muerte, pues estos se constituyen en la verdadera fuente de riqueza para repensar críticamente a la propia salud colectiva.

El primer artículo de este dossier se titula *“Entre el frío y el calor. Resistencia, existencia e interculturalidad crítica en la salud de la comunidad ñāñhō asentada en la Colonia Roma”*, escrito por Luis Ernes-

to Calixto Urquiza y José Arturo Granados Cosme. Los autores estudian la interacción entre los saberes tradicionales de la comunidad ñañhō y la biomedicina en un contexto urbano atravesado por desigualdad estructural, a través de un enfoque cualitativo en el que documentaron testimonios y prácticas que muestran cómo la comunidad sostiene la vigencia de categorías propias, como el equilibrio frío/calor, al mismo tiempo que incorpora de manera selectiva recursos biomédicos y productos comerciales.

El texto “*Del canibalismo agrícola a la soberanía en salud: el ‘Programa Cacao 4S’ como alternativa de política pública para la cadena de cacao en Zapallo, Ecuador*” corresponde a la autoría de Hugo Zumárraga Suárez, Julio Sánchez Otero, María de Lourdes Larrea Castelo, Gissela Mediavilla, Miguel Romero Flores y Laurence Maurice. Los autores y autoras analizan desde una mirada crítica cómo el sistema de producción de cacao en Zapallo (Esmeraldas, Ecuador) genera diferencias estructurales en el proceso salud-enfermedad-atención, y presenta el “Programa Cacao 4S” como una alternativa contra-hegemónica de política pública para la soberanía alimentaria y la salud colectiva.

El artículo “*Prácticas médicas y experiencias de atención en torno al VIH: un acercamiento etnográfico a la consulta médica en las Clínicas Condesa (CDMX)*” elaborado por Mónica Paulina Hernández Leyva y Alicia Piñeirúa Menéndez, examinan desde México las dinámicas de interacción médico-paciente, la centralidad de los indicadores biomédicos, el rol institucional y la manera en que género, sexualidad y estigma configuran la atención.

El escrito titulado “*Cuidar desde la diferencia: significados, tensiones y saberes situados en la atención temprana al desarrollo infantil*” de Miriam Jacqueline Villarruel Ortega y Fabiola Soto Villaseñor, analiza las experiencias de cuidado infantil en contextos de riesgo para el neurodesarrollo a partir de entrevistas con personas cuidadoras en el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl. Desde la teoría fundamentada constructivista, se visibilizan los significados atribuidos al cuidado como práctica situada, atravesada por responsabilidad, emociones, desigualdades de género y saberes encarnados.

El ensayo “*Los desafíos de la formación sanitaria en contextos latinoamericanos y la búsqueda por re-politizar la bioética: una lectura desde la realidad mexicana*” por Abdiel Fernando Uribe Allier y Luis Alfonso Munive Valencia. Plantea la manera en que la bioética puede aportar elementos que epistémica y metodológicamente configuren rutas críticas en torno a las prácticas relacionadas con la salud-enfermedad-atención-cuidado, más allá de las formulaciones burocratizadas y sedimentadas institucionalmente.

El ensayo “*Tejiendo salud con las niñas: un enfoque crítico desde la Salud Colectiva y las metodologías participativas*” corresponde a María del Carmen Cortés Quiroz, Avelina Landaverde Martínez y Azucena Ojeda Sánchez. Este ensayo busca ofrecer una comprensión integral, ética, política y transformadora sobre los procesos de investigación comunitaria con las niñas indígenas en edad escolar y hace una propuesta teórico-metodológica alternativa para abordar su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

En “*Hacia el desarrollo de epistemologías contracapacitistas*”, de Alejandro Cerda García, se afirma que la discusión y puesta en práctica de epistemologías contracapacitistas puede ser de gran utilidad y potenciar las estrategias de incidencia que desarrollan tanto las personas en condiciones de discapacidad y exclusión, como sus aliados y las iniciativas académicas que se pronuncian a favor de sus reivindicaciones.

El artículo “*Atención médica integrada y centrada en la persona vs pesocentrismo en el primer nivel de atención: reflexiones y recomendaciones*” en autoría de Alejandra García Arista, Fabiola Carolina Vázquez Díaz, Karla de los Ángeles Martínez Alegría, Iván Tonatiuh Rodríguez Serrato y Abdiel Fernando Uribe Allier. Muestra que un enfoque pesocentrista en la práctica médica puede generar errores y retrasos en el diagnóstico y tratamiento oportuno, poniendo incluso en un riesgo vital a la persona, constituyendo desde el punto de vista médico una negligencia o una mala praxis, perpetuando el estigma social asociado a los cuerpos grandes y atentando contra el derecho a la atención de las personas que viven con sobrepeso u obesidad.

Además de los trabajos que conforman el dossier temático, en la sección abierta del número se incluyen tres artículos que amplían el horizonte analítico y dialogan con problemáticas del campo de la salud. En este apartado se presenta el texto “*Evaluación y fortalecimiento en la implementación de las FESP en los Distritos de Salud para el Bienestar de Sonora, 2024*”, elaborado por José Luis Alomía Zegarra, Jorge Laureano Eugenio, Abraham Ocejo García, Universo Ortiz Arballo, María Mayela Medina Romero, Elia Susana Castro Lomelí y Eduardo Smith Pérez Juárez. Los autores y autoras concluyen que la evaluación local de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) estableció la línea base de competencias del sistema de salud, fortaleciendo la investigación y vigilancia de comunidades, identificación de inequidades y factores que la condicionan, resaltando la necesidad de mantener evaluaciones de estas competencias, y crear estructuras locales con recurso y personal propio.

El artículo “*Infecciones respiratorias en infantes y la percepción materna del apoyo social en comunidades rurales zacatecanas*” realizado por Juan Daniel Contreras Martínez, Pascual Gerardo García Zamora y Cristina Almeida Perales, evidencian que la falta de apoyo instrumental incrementa significativamente el riesgo de infecciones respiratorias agudas y hospitalización infantil en comunidades rurales. Asimismo, afirma que la salud infantil debe abordarse no solo desde la atención médica, sino también mediante políticas que refuercen el tejido social.

Por último, se incluye el texto “*Alteraciones del sueño en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud: un análisis cualitativo fenomenológico*”, cuya autoría corresponde a William Prada Melo, Nicolle Ospina Cuellar, Sebastián Ríos Cervera, Paula Fernanda Prieto Rubio, Cristian David Reina Lozada, María José Mesias Viveros, Erick Jafet Delgado Rico y Nicol Canizales Silva, en el que se presenta desde un enfoque fenomenológico hermenéutico, las experiencias de estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad del Tolima, en Colombia, frente a las alteraciones del sueño, situando sus vivencias en las dinámicas estructurales y académicas que las producen.

Para cerrar el número, publicamos la *Carta de Río de Janeiro*, documento elaborado como declaración final del XVIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), un documento colectivo que reflexiona sobre los desafíos contemporáneos de la salud desde una perspectiva crítica y que reafirma la importancia de comprender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en relación con sus determinaciones sociales, históricas y ambientales. Asimismo, subraya la necesidad de fortalecer enfoques críticos orientados a la equidad, el cuidado de la vida y la transformación de las condiciones que producen desigualdad en salud.

En conjunto, los trabajos que integran este número de *Salud Problema* cuestionan las formas hegemónicas y excluyentes desde las que históricamente se ha pensado la salud. Tanto el dossier, como los textos que lo acompañan ponen en evidencia la importancia de los saberes tradicionales, prácticas de resistencia y propuestas contrahegemónicas que interpelan tanto a la biomedicina como a las políticas públicas y a la formación sanitaria. Al mismo tiempo, advierten sobre los efectos de la medicalización, el estigma, el capacitismo, el pesocentrismo y la burocratización ética, subrayando la necesidad de enfoques críticos, interculturales, feministas, comunitarios y de derechos que recupere la centralidad de los sujetos, los cuerpos y los territorios. La publicación de la revista *Salud Problema* se sostiene como un espacio de pensamiento crítico comprometido con la transformación social. Los textos aquí reunidos abren preguntas y convocan a seguir construyendo, desde la investigación, la práctica y la acción colectiva.

**Esmeralda Covarrubias López**  
**Ana Carla Reyes Soriano**  
**Adriana Lozano Daza**  
Editoras invitadas

**Andrea Elizabeth Araujo Saldivar**  
Equipo editorial

## **Autores y Autoras**

### **ABDIEL FERNANDO URIBE ALLIER**

Maestro en Medicina Social por la UAM-X. Candidato a Doctor en Bioética por la UNAM. Perteneciente a la academia de Bioética de posgrado de la Universidad de la Salud. Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx)

### **ABRAHAM OCEJO GARCÍA**

Estudio de doctorado en epidemiología/bioestadística por la University of Arizona, Maestría en Ciencias de la Salud y Licenciatura en Psicología por la Universidad de Sonora. Líder de Inteligencia e Información en el Estado de Sonora en el Servicio Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, con puestos anteriores de analista de datos (Servicios de Salud de Sonora) y enlace de departamento de análisis y estadísticas (Secretaría de Salud). Líneas de investigación: enfermedades crónicas no transmisibles, metodología de la investigación, métodos mixtos, salud pública y epidemiología. Correo electrónico: [abraham.ocejo@outlook.com](mailto:abraham.ocejo@outlook.com)

### **ALEJANDRA GARCÍA ARISTA**

Doctora en Psicología por la UNAM. Directora de Proyectos de Investigación y Desarrollo Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Candidata al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores. Correo electrónico: [alejandra.garciaa@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:alejandra.garciaa@unisa.cdmx.gob.mx)

### **ALEJANDRO CERDA GARCÍA**

Médico Cirujano por la UAM-X, Maestro en Antropología Social por la ENAH y Doctor en Antropología Social por la Universidad de la Sorbona, París 3 y el CIESAS. Es profesor investigador

titular C en el Departamento de Educación y Comunicación de la UAM-X. Es coordinador del Proyecto Académico Interdisciplinario Universidad Incluyente y Accesible y del Grupo Promotor de la Especialización en Estudios de Discapacidad e Incidencia de la UAM-X. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Líneas de investigación: derechos de los pueblos originarios; procesos migratorios y salud; discapacidad, diversidad e incidencia en el espacio público. Correo electrónico: [acerda@correo.xoc.uam.mx](mailto:acerda@correo.xoc.uam.mx)

### **ALICIA PIÑEIRÚA MENÉNDEZ**

Médica internista e infectóloga, con formación en salud pública y amplia trayectoria en la investigación clínica y social en torno al VIH. Especialidad en Medicina Interna y subespecialidad en Infectología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Maestra en Salud Pública con concentración en enfermedades infecciosas en la Universidad de Emory, Estados Unidos. Actualmente se desempeña como Investigadora Asociada en el Instituto Nacional de Salud Pública y es presidenta del secretariado del Consorcio de Investigación en Salud, CISIDAT A.C. Líneas de investigación: VIH en adolescentes y mujeres, coinfecciones como tuberculosis, prevención combinada, determinantes sociales de la salud y políticas públicas. Ha participado en múltiples proyectos internacionales en torno a la adherencia, resistencia a antirretrovirales y acceso a servicios para poblaciones vulnerables. Su trabajo articula el ámbito clínico, la salud pública y la investigación aplicada a la toma de decisiones en políticas de salud. Correo electrónico: [aliciapina@yahoo.co.uk](mailto:aliciapina@yahoo.co.uk)

**AVELINA LANDAVERDE MARTÍNEZ**

Maestra en Ciencias Socio-médicas, Licenciada en Nutrición con experiencia en Obesidad y Antropología en Salud. Profesora de asignatura en la licenciatura de nutrición en la FES-Zaragoza. Autora y coautora de artículos de investigación y divulgación científica. Correo electrónico: [avelinalm@hotmail.com](mailto:avelinalm@hotmail.com)

**AZUCENA OJEDA SÁNCHEZ**

Doctora en Psicología Social, Maestra en Psicología Social de grupos e instituciones, Profesora de Carrera Asociado C de Tiempo Completo en la licenciatura de Medicina en la FES-Zaragoza. Sus líneas de investigación son: Subjetividad y procesos sociales emergentes relacionados con cuerpo, género, sexualidad Investigación-acción en salud con y para jóvenes (alimentación, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, vulnerabilidad social, género y VIH); Pedagogías críticas y educación popular: descolonización de saberes, igualdad y justicia social). Correo electrónico: [azucenaojedasan@yahoo.com.mx](mailto:azucenaojedasan@yahoo.com.mx)

**CRISTIAN DAVID REINA LOZADA**

Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Rol de cuidador de pacientes particulares geriátricos, brindando acompañamiento integral en el ámbito domiciliario. Integrante del Semillero de Investigación en Autocuidado de la Salud de la Universidad del Tolima (SIASUT), donde se desempeña como coordinador de redes sociales, apoyando la difusión de la producción académica y científica del grupo. Correo electrónico: [cdreinal@ut.edu.co](mailto:cdreinal@ut.edu.co)

**CRISTINA ALMEIDA PERALES**

Doctor en Estudios del Desarrollo por la UAZ, actual responsable del programa de la Maestría en Ciencias de la Salud, docente investigador de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Líneas

de investigación: Obesidad escolar, entornos alimentarios en escuelas. Correo electrónico: [crisalm@uaz.edu.mx](mailto:crisalm@uaz.edu.mx)

**EDUARDO SMITH PÉREZ JUÁREZ**

Químico Biólogo Clínico por la Universidad de Sonora. Maestría en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas. Actualmente adscrito a los Servicios de Salud de Sonora y responsable del Departamento de Supervisión y Asesoría, encargado de evaluar y dar seguimiento a la operación de las Funciones Esenciales de Salud Pública y de los planes de salud con participación social. Experiencia en investigación operativa y en la ejecución de programas de control y prevención relacionados con: Enfermedades de transmisión sexual (VIH, hepatitis e ITS). Padecimientos asociados a artrópodos de importancia médica. Arbovirosis. Enfermedad de Chagas. Intoxicación por animales de ponzoña. Zoonosis, incluyendo programas de Rickettsia, Rabia y otros. Correo electrónico: [eduardossa.sonora@gmail.com](mailto:eduardossa.sonora@gmail.com)

**ELÍA SUSANA CASTRO LOMELÍ**

Bióloga en recursos naturales terrestres egresada de la Universidad de Sonora, y Licenciada en Ciencias Sociales Egresada de Instituto del Desierto de Santa Ana, con experiencia como coordinador de Vectores en Jurisdicción Sanitaria III, como supervisor estatal del programa de vectores en Dirección General de Prevención y Control de Enfermedades, actualmente como supervisor estatal en el Servicio Nacional de Salud Pública sumando con ello más de 5 años de experiencia como funcionario público en el sector Salud. Además, 5 años como profesora en educación básica y 3 años en nivel medio superior en el área de las ciencias naturales y ciencias sociales. Correo electrónico: [susanacastrolomeli@gmail.com](mailto:susanacastrolomeli@gmail.com)

**ERICK JAFET DELGADO RICO**

Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima y miembro del Semillero de Investigación en Autocuidado de la Salud (SIASUT) desempeñando el rol de coordinador de convivencia y bienestar. Actualmente realiza su pasantía en la Unidad de Salud de Ibagué, donde brinda atención integral y humanizada a usuarios con patologías agudas y crónicas, gestionando el cuidado de acuerdo con políticas y protocolos institucionales. Bachiller técnico con énfasis en Biología de la Institución Educativa Joaquín París. Ha participado en el VIII Simposio de Ginecología y Obstetricia, en la Primera Semana de la Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima y en el entrenamiento teórico-práctico en prueba de tipificación ADN-VPH y estrategia VIA-VILI certificado por la Secretaría de Salud del Tolima. Correo electrónico: [ejdelgador@ut.edu.co](mailto:ejdelgador@ut.edu.co)

**FABIOLA CAROLINA VÁZQUEZ DÍAZ**

Médica pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [fabiola.vazquezd@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:fabiola.vazquezd@unisa.cdmx.gob.mx)

**FABIOLA SOTO VILLASEÑOR**

Licenciada en Educación Especial. Maestra en Rehabilitación Neurológica. Estudios de doctorado en Ciencias de la Educación Profesora del Departamento de Atención a la Salud y Coordinadora de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM-Xochimilco. Sus principales líneas de investigación son: desarrollo infantil, desarrollo cognitivo, alteraciones del neurodesarrollo, programas de intervención temprana y evaluación de programas de intervención. Correo electrónico: [fsoto@correo.xoc.uam.mx](mailto:fsoto@correo.xoc.uam.mx)

**GISSELA MEDIAVILLA**

Ingeniera Agroindustrial, con once años de experiencia profesional en los sectores público, privado y de cooperación. Se desempeña como Consultora Senior en ZUIISO, donde lidera procesos de asesoría y acompañamiento técnico con enfoque en calidad, inocuidad, seguridad, ambiente y asociatividad. Es auditora interna en sistemas de gestión de calidad, seguridad alimentaria y gestión ambiental, y ha trabajado cinco años como consultora independiente en desarrollo productivo, comercial y empresarial. Cuenta con seis años de experiencia en administración pública, proyectos socioproductivos y asociativos, fortalecimiento organizativo, capacitación y asistencia técnica. Ejerció como vocal del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Quiroga (período 2014 – 2018). Correo electrónico: [gisselammf22@hotmail.com](mailto:gisselammf22@hotmail.com)

**HUGO ZUMÁRRAGA SUÁREZ**

Biólogo, Magíster en Estudios Agrarios en América Latina y Magíster en Calidad, Seguridad y Ambiente. Actualmente se encuentra en fase de defensa de tesis doctoral (PhD) en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad. Consultor, asesor, auditor líder, inspector e instructor experto en agroproductividad, agroindustrialización e industrialización de procesos productivos. Cuenta con amplia experiencia como asesor, capacitador y auditor en sistemas de gestión y certificación, siendo un referente en Ecuador y Latinoamérica. Es director de ZUIISO, firma especializada en capacitación y consultoría. Se desempeña como consultor líder experto para organizaciones públicas, privadas y de cooperación internacional en Latinoamérica y el Caribe. Correo electrónico: [hzumarraga@zuiso.ec](mailto:hzumarraga@zuiso.ec)

**IVÁN TONATIUH RODRÍGUEZ SERRATO**

Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. [ivan.rodriguez@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:ivan.rodriguez@unisa.cdmx.gob.mx)

**JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME**

Médico Cirujano, diplomado en Promoción de la Salud y maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-X), y doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Es profesor-investigador Titular C del Departamento de Atención a la Salud, imparte docencia en la Licenciatura en Medicina, en la Maestría en Medicina Social y en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-X. Sus líneas de investigación son: Cultura, sexualidad y salud, y políticas de salud. Correo electrónico: [jcosme@correo.xoc.uam.mx](mailto:jcosme@correo.xoc.uam.mx)

**JORGE LAUREANO EUGENIO**

Doctorado en Administración y Políticas Públicas egresado del Centro de Estudios Jurídicos y Criminológicos, especialidad en Promoción de la Salud realizada en el Instituto de Salud Carlos III (España), Maestro en Ciencias de la Salud Pública y Licenciado en Enfermería de la Universidad de Guadalajara, laboro en la Secretaría de Salud Jalisco, dentro de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud como gestor estatal de proyectos de promoción de la salud, también se desempeñó como consultor internacional en promoción de la salud ámbito municipios en la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C. Estados Unidos de América. Tiene 28 artículos publicados, 1 libro, y 2 capítulos de libros, así como la coordinación y elaboración de 3 manuales técnicos de investigación para la institución de salud. Correo electrónico: [georgelau-re\\_1@hotmail.com](mailto:georgelau-re_1@hotmail.com)

**JOSÉ LUIS ALOMÍA ZEGARRA**

Egresado de la Universidad de Morelos como médico general, maestría en gestión de salud institucional en el Instituto Sonorense de Administración Pública, diplomados en epidemiología, bioestadística y epidemiología de gestión. Ha laborado como médico de consulta externa y epidemiólogo en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, en la unidad de vigilancia epidemiológica del Estado de Sonora como epidemiólogo estatal y subdirector en el municipio de Hermosillo, fue Director General de Salud Pública Municipal; analista en la unidad de inteligencia epidemiológica y emergencias de salud, jefe de la unidad de vigilancia epidemiológica del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, Director General de Epidemiología en la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en la Secretaría de Salud del gobierno de México. Correo electrónico: [jalomia@me.com](mailto:jalomia@me.com)

**JUAN DANIEL CONTRERAS MARTÍNEZ**

Licenciado en medicina general, certificado por la CONAMEGE para el ejercicio de la medicina general, diplomado en ultrasonido médico-diagnóstico, experiencia como médico de consultorio privado desde 2021-actualidad, responsable sanitario de centro médico, maestrante de la Maestría en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Correo electrónico: [jdanielcont@gmail.com](mailto:jdanielcont@gmail.com)

**JULIO SÁNCHEZ OTERO**

Ingeniero Agrónomo por la Universidad Central del Ecuador (1982) y posee un posgrado en Ingeniería Industrial por la Escuela Politécnica Nacional (1986). Cuenta con formación especializada en virología fitotécnica, documentación amazónica y métodos cuantitativos y

multivariados aplicados a ciencias biológicas y sociales. Fue investigador del INIAP (1982–1994), desempeñándose como fitopatólogo, técnico en informática y jefe de la Unidad de Seguimiento y Evaluación. Desde 1985 es profesor principal de Bioestadística (diseño experimental, estadística no paramétrica y análisis multivariado) en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y otras instituciones, en programas de pregrado, maestría y doctorado. Ha realizado consultorías para INIPA (Perú) e ICA (Colombia) en recursos fitogenéticos, y ha dictado cursos en múltiples universidades y en AGROCALIDAD. Desde 2004 es asesor biométrista del CIPAL–ANCUPA. Es autor de textos de estadística aplicada a ciencias biológicas y diseño experimental. Correo electrónico: [jsanchez@puce.edu.ec](mailto:jsanchez@puce.edu.ec)

#### **KARLA DE LOS ÁNGELES MARTÍNEZ ALEGRÍA**

Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [karla.martineza@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:karla.martineza@unisa.cdmx.gob.mx)

#### **LAURENCE MAURICE**

Directora de Investigación del IRD–Francia y especialista en hidrogeoquímica en el laboratorio Géosciences Environnement Toulouse. Doctora por el Instituto Nacional Politécnico de Toulouse, posee formación de Maestría e Ingeniería en ciencias ambientales por ENSEEIHT. Su trabajo se centra en contaminantes metálicos, impactos ambientales y exposición humana vinculados a actividades extractivas y agrícolas, con énfasis reciente en cacao en sistemas agroforestales. Desde 2021 es asesora científica en Ciencia de la Sostenibilidad aplicada a recursos naturales en el IRD y lidera una comunidad internacional de más de 300 académicos. Ha coordinado múltiples programas interdisciplinarios en América del Sur, co-construyendo soluciones con actores locales

para reducir riesgos socioambientales. Profesora asociada en universidades de Ecuador, cuenta con cerca de 80 publicaciones, libros y capítulos, y una amplia experiencia dirigiendo una decena de tesis de doctorado y cincuenta tesis de maestría. Correo electrónico: [laurence.maurice@ird.fr](mailto:laurence.maurice@ird.fr)

#### **LUIS ALFONSO MUNIVE VALENCIA**

Licenciado en psicología social por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, especialista en Género, Violencia y Políticas Públicas por parte de Universidad Autónoma del Estado de México; Maestro en Estudios Políticos y Sociales por la Facultad de Estudios Políticos y Sociales de la UNAM; Candidato a Doctor en Bioética por la UNAM. Profesor de la Maestría en Bioética, de la Universidad de la Salud. Correo electrónico: [luis.munive@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:luis.munive@unisa.cdmx.gob.mx)

#### **LUIS ERNESTO CALIXTO URQUIZA**

Licenciado en Psicología Clínica y Social. (UNAM). Maestro en Antropología Social (UNAM). Maestro en Derecho Indígena (UNRC). Es estudiante de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Especialidad en modelo metodológico de psicocomunidad. Docente en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (desde 2014). Sus líneas de investigación son: Género, interculturalidad, decolonización y salud mental comunitaria. Experiencia laboral destacada: Trabajo psicosocial y psicocomunitario en la Ciudad de México y Zona Metropolitana. Docente e investigador en la ENAH, Instituto de Investigaciones Antropológicas (UNAM), Universidad Iberoamericana (CDMX) y The University of California, Berkeley (EEUU). Distinciones: Reconocimiento institucional por su compromiso con la educación superior crítica e intercultural. Mención honorífica licenciatura y maestría UNAM. Correo electrónico: [luisernestocaur@gmail.com](mailto:luisernestocaur@gmail.com)

**MARÍA DE LOURDES LARREA CASTELO**

Docente-investigadora de la Universidad Andina Simón Bolívar. Es Máster en Teoría y Métodos de las Ciencias Sociales (CLACSO–FLACSO) y Máster en Salud Pública (Universidad de São Paulo, Brasil). Se desempeña como consultora técnica en metodología de la investigación, género y salud colectiva, articulando enfoques interdisciplinarios en el análisis social aplicado. Ha sido investigadora principal en proyectos internacionales sobre violencia de género en el ámbito universitario y cuenta con formación especializada en ciencia de datos. Coordina la Red Interuniversitaria de Investigación Feminista (REDIFEM) y ha contribuido con libros y artículos científicos en sus áreas de trabajo. Correo electrónico: [marial.larrea@uasb.edu.ec](mailto:marial.larrea@uasb.edu.ec)

**MARÍA DEL CARMEN CORTÉS QUIROZ**

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la UAM-Xochimilco, maestra en Sociología Educativa, Especialista en estomatología en atención primaria y licenciada en Odontología. Profesora investigadora del área social en la licenciatura de Odontología en la FES-Zaragoza, autora y coautora de artículos y capítulos de libro, responsable de proyectos de investigación. Correo electrónico: [carmencda07@gmail.com](mailto:carmencda07@gmail.com)

**MARÍA JOSÉ MESÍAS VIVEROS**

Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Se desempeña como secretaria del Semillero de Investigación de Autocuidado de la Universidad del Tolima (SIAUT). Actualmente forma parte del proyecto que estudia la influencia de la calidad del sueño en el desempeño académico de los estudiantes universitarios. Investigación relacionada con la salud mental, el autocuidado y la comunicación, a través de su participación en el semillero y en proyectos académicos en curso.

Ha realizado prácticas formativas en escenarios clínicos y comunitarios, con énfasis en el cuidado humanizado y la educación en salud. Sus intereses académicos incluyen la promoción del autocuidado, la humanización de la atención y la investigación. Correo electrónico: [mjmesiasv@ut.edu.co](mailto:mjmesiasv@ut.edu.co)

**MARÍA MAYELA MEDINA ROMERO**

Licenciada en Relaciones Industriales por la Universidad del Noroeste UNO / Universidad del Valle de México. Con 32 años de experiencia en diferentes áreas de Recursos Humanos, de los cuales 25 han sido en la iniciativa privada en distintos giros y los últimos 7 años en sector público. Directora General de Recursos Humanos en la Fiscalía General de Justicia del Estado de noviembre 2017 a marzo 2019 y posteriormente Jefa de Personal y también Coordinadora de Recursos en Junta de Caminos del Estado de agosto 2019 a marzo 2022. Ingreso a Servicios de Salud de Sonora en abril 2022 como Responsable de Recursos Humanos en la Dir. Gral. de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades y a la par como Líder de Supervisión Estatal del SNSP en Sonora, actualmente como Jefa de Depto. De Funciones Esenciales de Salud Pública. Correo electrónico: [mayelamedinaromero@gmail.com](mailto:mayelamedinaromero@gmail.com)

**MIGUEL GIOVANNY ROMERO FLORES**

Editor académico, consultor en inteligencia artificial aplicada y divulgador de ciencia y tecnología. Se desempeña como profesor de Ética y Valores en la Universidad Internacional del Ecuador. Es licenciado en Comunicación Social y magíster en Comunicación Pública de la Ciencia y la Tecnología por la Universidad Central del Ecuador. Ha ejercido funciones como tutor y editor en la Universidad Andina Simón Bolívar y como director editorial del Instituto de Altos Estudios Na-

cionales. Su trayectoria se orienta a la edición y revisión de tesis y artículos científicos, así como a la formación en uso ético y crítico de herramientas de inteligencia artificial. Actúa como consultor para instituciones de los sectores educativo, financiero y de salud, diseñando estrategias de adopción de IA y transformación digital. Ha impartido programas de capacitación a miles de profesionales en universidades y organizaciones del país. Sus áreas de trabajo comprenden la escritura académica, la comunicación pública de la ciencia y la tecnología, la ética y gobernanza de la IA y sus aplicaciones en educación, finanzas y salud. En 2022 fue distinguido con el Premio Nacional de Periodismo Eugenio Espejo en la categoría de entrevistas en medios digitales. Correo: [miguelromero13@gmail.com](mailto:miguelromero13@gmail.com)

**MIRIAM JACQUELINE VILLARRUEL ORTEGA**

Licenciada en Desarrollo y Gestión Intercultural por la Universidad Autónoma de México. Maestra en Rehabilitación Neurológica por la Universidad Autónoma Metropolitana. Actualmente es asistente de investigación del Departamento de Atención a la Salud de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM-Xochimilco. Sus principales líneas de investigación son: cuidados, evaluación del neurodesarrollo, políticas en salud para la primera infancia y promoción de la salud. Correo electrónico: [jacquelinevillarruelortega@gmail.com](mailto:jacquelinevillarruelortega@gmail.com)

**MÓNICA PAULINA HERNÁNDEZ LEYVA**

Doctora y maestra en Ciencias Sociomédicas con énfasis en Antropología de la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México y licenciada en Antropología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Se ha especializado en investigación y promoción de la salud, con énfasis en VIH, salud sexual,

juventudes y género. Actualmente trabaja en la UAM-Xochimilco, como jefa de la Oficina de Promoción y Prevención de la Salud (PROPRESA), y colabora en CISIDAT A.C., en proyectos comunitarios y digitales enfocados en la prevención combinada del VIH y el acceso a servicios de salud. Ha publicado artículos académicos y capítulos de libro sobre VIH, salud sexual y violencia de género, además de colaborar en la implementación de intervenciones a través de la co-creación con jóvenes y poblaciones de difícil alcance para la prevención del VIH. Sus líneas de investigación incluyen antropología de la salud, prácticas médicas, derechos sexuales y reproductivos, y juventudes. Correo electrónico: [monica.leyva@cisidat.org.mx](mailto:monica.leyva@cisidat.org.mx)

**NICOL CANIZALES SILVA**

Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima, Tesorera del Semillero de Investigación en Autocuidado de la Salud de la Universidad del Tolima (SIASUT), adscrito a la línea de investigación universitaria; Desarrollos, gestión y sostenibilidad de los territorios y las sociedades. Cuenta con conocimiento en distintas áreas hospitalarias, como UCI, hospitalización y urgencias. Correo electrónico: [nvcanizales@ut.edu.co](mailto:nvcanizales@ut.edu.co)

**NICOLLE OSPINA CUELLAR**

Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Coordinadora logística del Semillero de Investigación en Autocuidado de la Salud de la Universidad del Tolima (SIAUT). Representante del Comité Curricular de Enfermería durante el año 2024. Ha destacado por su participación estudiantil activa en procesos de mejoramiento académico y curricular. Ocupó el tercer lugar en el concurso ¿Quién quiere ser investigador? de la III Semana de la Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del To-

lima. Correo electrónico: [nicolleospina2014@gmail.com](mailto:nicolleospina2014@gmail.com)

**PASCUAL GERARDO GARCÍA ZAMORA**

Docente investigador adscrito a la Maestría en Ciencias de la Salud y la Unidad Académica de Medicina Humana, de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Líneas de investigación: Salud pública, nutrición infantil, estrés ocupacional. Correo electrónico: [ggaza2000@gmail.com](mailto:ggaza2000@gmail.com)

**PAULA FERNANDA PRIETO RUBIO**

Estudiante de Enfermería de la universidad del Tolima, vicepresidente del Semillero de Investigación en Autocuidado de la Salud de la Universidad del Tolima (SIASUT). Obtuvo el tercer puesto en el concurso ¿Quién quiere ser investigador? en la III Semana de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [paulaprieto1208@gmail.com](mailto:paulaprieto1208@gmail.com)

**SEBASTIÁN RÍOS CERVERA**

Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Se desempeña como presidente del Semillero de Investigación de Autocuidado de la Universidad del Tolima (SIAUT), donde participa activamente en procesos de investigación y proyección social. Forma parte del proyecto que estudia la influencia del sueño en el desempeño académico de los estudiantes universitarios. Se graduó como Auxiliar de Enfermería en la Escuela de Salud San Pedro Claver, lo que le ha permitido adquirir experiencia, a través de su rol en el semillero y en proyectos académicos, ha fortalecido competencias en investigación, liderazgo estudiantil y trabajo colaborativo. Sus intereses académicos incluyen la investigación cualitativa y el estudio de los factores psicosociales que influyen

en la formación de los futuros profesionales de la salud. Correo electrónico: [sriosc@ut.edu.co](mailto:sriosc@ut.edu.co)

**UNIVERSO ORTIZ ARBALLO**

Médico general por la Universidad Autónoma de Baja California; diplomado en epidemiología básica por el Instituto Nacional de Salud Pública, diplomado en métodos intermedios de epidemiología por el Colegio de Profesionales de la Salud Pública de Sonora y la Universidad de Sonora; Maestría en Salud Pública en Servicio por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Director de Epidemiología en la Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades de la Secretaría de Salud Pública de Sonora. Correo electrónico: [uiees.son@gmail.com](mailto:uiees.son@gmail.com)

**WILLIAM PRADA MELO**

Enfermero por la Universidad del Tolima. Especialista en Administración de la Salud por la Universidad Católica de Manizales y Magíster en Educación en la Universidad Católica de Manizales. Docente de cátedra en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima, líder en educación en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) en Ibagué y contratista de la Secretaría de Educación del Tolima. Coordinador del Semillero de Investigación en Autocuidado de la Salud de la Universidad del Tolima (SIASUT), adscrito a la línea de investigación universitaria; Desarrollos, gestión y sostenibilidad de los territorios y las sociedades. Desempeña funciones asistenciales y administrativas en el sistema de salud colombiano: enfermero en promoción y prevención, coordinador del sistema integrado de gestión orientado al autocuidado, administrador del aplicativo SIVIGILA, y líder en educación para la salud. Correo electrónico: [williampradam@gmail.com](mailto:williampradam@gmail.com)

# Entre el frío y el calor. Resistencia, existencia e interculturalidad crítica en la salud de la comunidad ñäñhö asentada en la Colonia Roma

---

Luis Ernesto Calixto Urquiza\* • José Arturo Granados Cosme\*\*

---

## RESUMEN

Este estudio examina la interacción entre los saberes tradicionales de la comunidad ñäñhö y la biomedicina en un contexto urbano atravesado por desigualdad estructural. Mediante una metodología cualitativa y etnográfica, se documentaron testimonios y prácticas que muestran cómo la comunidad sostiene la vigencia de categorías propias, como el equilibrio frío/calor, al mismo tiempo que incorpora de manera selectiva recursos biomédicos y productos comerciales. Los resultados evidencian un campo de fricciones y resistencias, donde las decisiones de atención se organizan según la distinción entre padecimientos “leves” y “graves”, y donde la biomedicina es evaluada críticamente antes de ser adoptada. Se concluye que la interculturalidad en salud no puede reducirse a la mera coexistencia de sistemas médicos, sino que requiere reconocer las relaciones de poder que subordinan los conocimientos indígenas y, al mismo tiempo, las estrategias de agencia comunitaria que garantizan continuidad cultural y autonomía terapéutica en la ciudad.

**PALABRAS CLAVE:** saberes tradicionales, biomedicina, interculturalidad en salud, resistencia cultural, comunidad ñäñhö.

## Between cold and heat: resistance, existence, and critical interculturality in the health of the ñäñhö community settled in Colonia Roma

## ABSTRACT

This study examines the interaction between the traditional knowledge of the ñäñhö community and biomedicine in an urban context marked by structural inequality. Using a qualitative and ethnographic methodology, testimonies and practices were documented that show how the community sustains the validity of categories such as the cold/heat balance while selectively incorporating biomedical resources

\* Escuela Nacional de Antropología e Historia. Correo electrónico de contacto: [luisernestocaur@gmail.com](mailto:luisernestocaur@gmail.com)

\*\* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: [jcosme@correo.xoc.uam.mx](mailto:jcosme@correo.xoc.uam.mx)

**Fecha de recepción:** 27 de marzo de 2025.

**Fecha de aceptación:** 23 de septiembre de 2025.

and commercial products. The results reveal a field of frictions and resistances, where health decisions are organized according to the distinction between “mild” and “severe” ailments, and where biomedicine is critically evaluated before being adopted. It is concluded that intercultural health cannot be reduced to the mere coexistence of medical systems; it requires acknowledging the power relations that subordinate Indigenous knowledge and, at the same time, the community strategies that ensure cultural continuity and therapeutic autonomy in the city.

**KEYWORDS:** traditional knowledge, biomedicine, intercultural health, cultural resistance, ñāñhō community.

## Introducción

La salud es un fenómeno complejo que no puede ser entendido únicamente desde una perspectiva biomédica, sino que debe analizarse en su relación con las dimensiones históricas, económicas, culturales y sociales que determinan su significado en diferentes comunidades (Breilh, 2013; Menéndez, 2018). En este sentido, los pueblos indígenas han desarrollado concepciones propias sobre la salud y la enfermedad, basadas en sistemas de conocimiento que integran elementos físicos, espirituales y colectivos. Sin embargo, en los entornos urbanos estas concepciones han sido históricamente marginadas por la hegemonía del modelo biomédico, que establece criterios de diagnóstico y tratamiento que no consideran la diversidad epistémica de los pueblos originarios.

La comunidad ñāñhō, originaria de Santiago Mexquititlán y asentada en la Colonia Roma de la Ciudad de México, enfrenta un contexto de desigualdad estructural en el acceso a servicios de salud. En estos espacios, el sistema biomédico se impone como la principal opción de atención, sin reconocer la validez de los saberes tradicionales. No obstante, los ñāñhō han desarrollado estrategias de resistencia y adaptación, combinando elementos de la biomedicina con sus pro-

pias prácticas de salud, sin perder la centralidad de su cosmovisión (Aguado, 2019; Castro, 2021). Esta negociación no necesariamente implica una subordinación pasiva a la medicina institucional, sino más bien una reconfiguración estratégica donde se evalúa la eficacia de cada tratamiento según las necesidades de la comunidad.

En la cosmovisión ñāñhō, la salud es concebida como un estado de equilibrio que involucra tanto el bienestar biofísico como la armonía con el entorno natural, la comunidad, la dimensión espiritual y la dimensión social. Este modelo integral se contrapone a la fragmentación característica del modelo biomédico, que en su formato más hegemónico tiende a tratar los síntomas de manera aislada, sin atender las condiciones sociales y culturales que afectan la salud de las personas (Lozoya y Zolla, 2015). La interculturalidad en salud surge como alternativa para transformar la relación entre los sistemas médicos indígenas y la biomedicina, promoviendo un reconocimiento horizontal donde ambas epistemologías puedan dialogar (Menéndez, 2022; Castro, 2021; Walsh, 2010). No obstante, como señalan Juárez-Ramírez et al., 2014, Castro y Frías (2020) y Ramírez-Hita (2014), este diálogo suele desarrollarse más como

un campo de tensiones, fricciones y resistencias que como un intercambio equitativo de saberes.

La implementación institucional de la interculturalidad en salud en México ha sido limitada y, en muchos casos, superficial. Aunque el discurso oficial reconoce la importancia de los saberes indígenas, en la práctica estos conocimientos suelen ser relegados a un papel complementario dentro de la atención biomédica, reproduciendo relaciones jerárquicas de poder (Pérez-Ruiz y Argueta-Villamar, 2011). Este fenómeno ha sido conceptualizado como colonialismo epistémico, al imponer una jerarquización del conocimiento que reduce las formas de sanación indígenas a supersticiones o remedios no comprobados científicamente (Pérez-Ruiz, 2009; Quijano, 1992).

En este contexto urbano, la comunidad ñāñhō ha desarrollado estrategias de resistencia cultural que mantienen la vigencia de sus prácticas médicas frente a la hegemonía biomédica. Entre estas se encuentran la transmisión intergeneracional del conocimiento, la autoatención mediante plantas medicinales y rituales curativos, así como la incorporación selectiva de tratamientos biomédicos (Aguado, 2019; Canuto-Castillo, 2017). Tales prácticas revelan que no se trata de una mera coexistencia de saberes, sino de un proceso activo de negociación en el que la comunidad ejerce su agencia frente a la exclusión institucional (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020).

Un aspecto central de la medicina ñāñhō es la concepción del cuerpo y la enfermedad en términos de equilibrio térmico. Al igual que en otras tradiciones mesoamericanas, la salud es vista como el resultado de la interacción entre fuerzas de “frío” y “calor”, cuya alteración puede generar dolencias específicas (Lozoya y Zolla, 2015). Este principio rige tratamientos de enfermedades

comunes, como resfriados, dolores musculares y malestares postparto, con remedios herbales y baños de hierbas (Hernández y Velazco, 2015). No obstante, prácticas como el parto en hospitales urbanos revelan tensiones directas con la cosmovisión ñāñhō: mientras la biomedicina impone condiciones “frías” (anestesia, aire acondicionado, cama de parto), la comunidad considera que el parto es un proceso “caliente”, lo que deriva en experiencias de discriminación y desatención por parte del personal de salud.

Estas tensiones también se expresan en el uso de productos comerciales como el Vick VapoRub®, que la comunidad incorpora dentro de su propia lógica curativa. De manera similar, la automedicación con antibióticos y medicamentos de libre acceso, así como las decisiones sobre a quién recurrir en casos graves, forman parte de un repertorio de prácticas híbridas que muestran tanto la flexibilidad cultural como las barreras estructurales en el acceso a una atención intercultural genuina (Menéndez, 2018).

Ante este panorama, el presente estudio se propone analizar la interacción entre los saberes tradicionales y la biomedicina en la comunidad ñāñhō asentada en la Colonia Roma, explorando las estrategias mediante las cuales preservan su autonomía sanitaria en un contexto de exclusión estructural. Se plantea responder a las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué prácticas de salud se mantienen, cuáles se transforman y cuáles se rechazan en el contexto urbano?

¿Qué tensiones y resistencias emergen en el encuentro entre la biomedicina y los saberes ñāñhō?

¿De qué manera la comunidad negocia la incorporación de tratamientos biomédicos frente a situaciones de enfermedad común y grave?

A partir de una metodología cualitativa y etnográfica, se busca aportar evidencia empírica sobre las condiciones de salud, las barreras de acceso y las estrategias de autoatención desarrolladas por la comunidad. De este modo, se contribuirá a los debates de la Salud Colectiva, la Antropología Médica y la Salud Pública Intercultural, abordando que la interculturalidad en salud no es un concepto abstracto, sino una práctica situada en un campo de tensiones que refleja tanto desigualdades estructurales como formas de resistencia y agencia comunitaria.

### Marco teórico-metodológico

La interculturalidad en salud constituye un campo de reflexión y acción que busca transformar las relaciones históricamente desiguales entre los sistemas médicos indígenas y la biomedicina. Este concepto no puede reducirse a una estrategia de integración institucional, sino que implica reconocer la existencia de múltiples epistemologías y la necesidad de relaciones horizontales entre ellas (Menéndez, 1990, 2022; Castro, 2021). Frente a la tendencia de los modelos hegemónicos que subordinan las prácticas indígenas como recursos complementarios o folclóricos, la interculturalidad crítica plantea la urgencia de confrontar las jerarquías epistémicas y crear escenarios de diálogo genuino (Walsh, 2010; Juárez, et al., 2014).

En América Latina, este debate se ha expresado en distintos niveles. Por un lado, existen políticas públicas que enuncian la interculturalidad en salud como parte de programas de inclusión social. Sin embargo, como advierten Castro y Frías (2020) y Ramírez-Hita (2014), dichos programas

suelen limitarse a un reconocimiento retórico, manteniendo intacta la hegemonía biomédica. Por otro lado, desde las comunidades indígenas se han desarrollado formas de resistencia epistémica que visibilizan los saberes ancestrales y cuestionan el monopolio biomédico sobre la definición de lo que se entiende como “ciencia” y “tratamiento válido”.

En el caso mexicano, los procesos de migración y urbanización han intensificado la convivencia de múltiples sistemas médicos. Las comunidades indígenas residentes en ciudades se encuentran en escenarios donde deben negociar sus prácticas con la biomedicina institucional, enfrentando discriminación, desigualdad en el acceso y exclusión epistémica (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020; Menéndez, 2018; Olivé, 2004). Este proceso genera tensiones, porque mientras la biomedicina busca diagnósticos estandarizados y tratamientos universalistas, los pueblos indígenas defienden un modelo integral que incluye dimensiones espirituales, comunitarias y sociales. La medicina tradicional, en este sentido, no solo atiende enfermedades, sino que también reconstituye el tejido social y actualiza la identidad colectiva (Sierra, 2005; Breilh, 2013).

La diferencia de enfoques ha sido conceptualizada como una expresión del colonialismo epistémico, que invisibiliza o desvaloriza los saberes indígenas al someterlos a los criterios de validez científica definidos desde Occidente (Pérez-Ruiz, 2009; Quijano, 1992). Desde esta perspectiva crítica, la biomedicina no es simplemente un sistema médico, sino un dispositivo de poder que ejerce control sobre la vida, la enfermedad y el cuerpo. Al mismo tiempo, la medicina tradicional de pueblos como los ñāñhō constituye un espacio de resistencia cultural que no solo preserva conocimientos ancestrales, sino que los resignifica

en contextos urbanos contemporáneos (Aguado, 2019; Canuto-Castillo, 2017).

La medicina ñāñhō se fundamenta en una concepción integral del cuerpo y la salud, que incorpora la dimensión espiritual, la comunidad y el entorno como partes inseparables del bienestar. Bajo esta lógica, el proceso salud-enfermedad-atención no se explica por causas únicas, sino por desequilibrios múltiples en los órdenes físico, emocional y social (Menéndez, 2018). Este modelo contrasta con la fragmentación biomédica, que tiende a reducir el padecimiento a una patología individual. No obstante, la comunidad ñāñhō no rechaza de manera absoluta las prácticas biomédicas: las incorpora de manera selectiva, en función de su eficacia percibida, al mismo tiempo que preserva su propia cosmovisión. Esta negociación refleja un ejercicio de agencia cultural que permite mantener prácticas tradicionales a la vez que se adoptan estrategias pragmáticas frente a la exclusión estructural.

Las prácticas de sanación se convierten también en espacios de recomposición comunitaria. Frente a la fragmentación identitaria que produce la migración y la urbanización, los rituales, el uso de plantas medicinales y la transmisión intergeneracional de saberes permiten sostener la cohesión social. En este proceso, las mujeres juegan un papel fundamental al fungir como depositarias y transmisoras del conocimiento, consolidando la salud como un eje de continuidad cultural y de transformación social en la ciudad (Bartolomé, 2008; Aguado y Portal, 1992).

Desde este marco conceptual, la investigación adoptó un diseño cualitativo y etnográfico que permitió documentar las prácticas y significados de la salud en la comunidad ñāñhō residente en la Colonia Roma de la Ciudad de México. El trabajo

de campo se centró en el predio Guanajuato No. 125, habitado por familias originarias de Santiago Mexquititlán, Querétaro, quienes migraron a la capital en la década de 1990 y se organizaron mediante asociaciones civiles indígenas para acceder al derecho a la vivienda urbana (Canuto-Castillo, 2020; Jara, 2024). Este contexto permitió observar cómo las prácticas de salud se entrelazan con procesos de organización comunitaria, defensa de derechos y recomposición de identidades.

Las técnicas principales incluyeron entrevistas en profundidad y semi-estructuradas, que posibilitaron explorar tanto narrativas detalladas como datos concretos. Estas fueron complementadas con observación participante y con un registro sistemático de notas de campo. El enfoque permitió atender no solo a los discursos explícitos, sino también a los gestos, silencios y elementos contextuales que acompañan las prácticas de salud (Devereux, 1983; Hammersley y Atkinson, 1994).

Los temas explorados incluyeron: experiencias de salud en el lugar de origen y en la ciudad; prácticas de atención en contextos rurales y urbanos; percepciones sobre identidad étnica y recuperación de la salud; y el papel de la medicina en la recomposición comunitaria. Los participantes fueron seleccionados bajo un criterio reflexivo y etnográfico, con atención a la diversidad de género, edad y trayectoria de vida. En total, se entrevistaron habitantes de siete departamentos del predio, con edades entre 29 y 52 años, lo que permitió captar una gama amplia de perspectivas.

Todas las entrevistas fueron audio-grabadas con consentimiento informado y transcritas de manera íntegra, respetando pausas, repeticiones y términos en lengua ñāñhō, que fueron traducidos por los propios hablantes. La confidencialidad fue

**Cuadro 1. Perfil sociodemográfico y padecimientos de salud referidos por población ñãñhõ urbana”**

Pseudónimo	Sexo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Tiempo en la Ciudad	Cuenta con seguridad Social	Enfermedades y malestares
Doña Lore	F	48	Separada	Comerciante Trabajo de maquila y costura para programas de uniformes	+ de 25 años	No	Diabetes Dolor de cintura Dolor lumbar Pies hinchados
Doña Tania	F	40	Casada	Ama de casa	20 años	No	Dolor de cintura Los nervios
Martina	F	35	Casada	Artesana de muñecas Ar Lelé	20 años	No	Diabetes Los nervios
Sergio	M	42	Casado	Venta de dulces y fruta	20 años	No	Dolor de articulaciones
Marina	F	30	Soltera	Venta de dulces y fruta	15 años	No	Dolor de espalda Dolor de cintura
Pedro	M	52	Viudo	----	+ de 30 años	Sí	Diabetes Hipertensión
Lourdes	F	29	Separada	Ama de casa	Toda su vida	No	Dolor de piernas Dolor de espalda
Leoba	F	40	Divorciada	Comerciante	20 años	No	Gastritis

Fuente: Elaboración propia.

resguardada mediante la asignación de pseudónimos. El análisis se realizó desde un enfoque intercultural y etnográfico, con discusiones periódicas en seminarios de supervisión académica, lo que favoreció una lectura crítica y colectiva del material (Aguado y de la Garza, 2018).

Es importante señalar que uno de los desafíos metodológicos fue la desconfianza inicial de algunos integrantes de la comunidad, quienes relacionaban la investigación con programas asistenciales o intereses partidistas. Para superar esta limitación, se trabajó en la construcción gradual de confianza, mediante la transparencia en los ob-

jetivos y la devolución constante de avances a la comunidad. Este proceso fue crucial para consolidar una relación horizontal y garantizar la calidad etnográfica de la información obtenida.

En conjunto, este marco teórico-metodológico articula la interculturalidad crítica en salud con un enfoque etnográfico situado, que permite comprender cómo la comunidad ñãñhõ negocia la relación entre saberes tradicionales y prácticas biomédicas en un contexto urbano marcado por desigualdad estructural. De este modo, no solo se describen prácticas de atención, sino que se visibilizan las tensiones, resistencias y estrategias de

adaptación que conforman el campo de la salud en la ciudad.

## Resultados

### La salud como equilibrio y resistencia cultural. Entre lo frío y lo caliente

En la experiencia de la comunidad ñãñhõ asentada en la Colonia Roma, la salud se entiende como un equilibrio dinámico entre cuerpo, alma, entorno natural y colectividad. Esta concepción no se ha debilitado con la migración desde Santiago Mexquititlán ni con la urbanización; por el contrario, se ha reforzado como una forma de sostener continuidad cultural frente a la hegemonía biomédica, que frecuentemente invisibiliza su dimensión social y simbólica (Hernández y Velazco, 2015).

Los testimonios muestran que este equilibrio no es una abstracción, sino un principio operativo en la vida cotidiana. Una entrevistada relató:

“Cuando alguien se enferma, no solo se trata de ver qué le duele, sino qué pasó en la casa, si hubo un coraje, si entró aire, si hubo un susto.”  
(Leoba, 38 años, Ciudad de México)

En esta interpretación, el malestar físico está íntimamente ligado a los vínculos comunitarios y a las emociones compartidas. La salud adquiere, así, un sentido colectivo y relacional que articula la vida comunitaria en la ciudad.

La transmisión intergeneracional de saberes asegura que estas concepciones sigan vigentes. Abuelas y madres enseñan a hijas e hijos no solo recetas de tés, emplastos o baños de hierbas, sino también la manera de nombrar y entender la enfermedad. En la cocina, mientras se prepara un caldo o se ponen a secar plantas recolectadas en merca-

dos, circulan explicaciones sobre cómo reconocer un desequilibrio, qué hierba usar y qué cuidados seguir durante el embarazo o el postparto. En este proceso, las mujeres consolidan su papel como depositarias y transmisoras del conocimiento.

La etnografía muestra que estos momentos de enseñanza cotidiana constituyen un espacio de recomposición comunitaria. Una madre explicó cómo, al preparar un té de manzanilla para su hija, no solo le transmitía un remedio, sino también el valor de: “Hacer lo que nos enseñaron los abuelos.” (Martina, 42 años, Ciudad de México)

De esta manera, el cuidado del cuerpo se convierte en un acto pedagógico y de resistencia cultural que reafirma la identidad indígena en un entorno urbano adverso.

Esta visión de la salud como equilibrio no solo permite enfrentar enfermedades, sino también construir un sentido de re-existencia en la ciudad. Siguiendo a Walsh (2009), re-existir significa recrear prácticas ancestrales en contextos contemporáneos, resistiendo al mismo tiempo que se generan nuevas formas de vida. En este caso, la re-existencia se expresa en la persistencia y adaptación de los saberes médicos ñãñhõ en la Colonia Roma, en oposición a la fragmentación biomédica que trata al cuerpo como un objeto aislado de su contexto social.

Los hallazgos etnográficos permiten afirmar que la salud, en este marco, no es solo un estado de equilibrio físico, sino también un mecanismo de resistencia cultural y de organización comunitaria. Este énfasis en la integralidad abre paso a comprender cómo categorías como el frío y el calor operan en la vida cotidiana como criterios fundamentales de diagnóstico y tratamiento, es-

tructurando tanto las prácticas curativas como las experiencias de discriminación en los servicios de salud urbanos.

### **El frío y el calor: fundamentos de la salud ñāñhō**

Uno de los principios centrales de la medicina tradicional ñāñhō es la regulación del frío y el calor en el cuerpo. Esta lógica, compartida por diversas comunidades indígenas mesoamericanas, se mantiene como un criterio fundamental de diagnóstico y tratamiento en la vida urbana (Lozoya y Zolla, 2015). Desde esta perspectiva, la enfermedad se concibe como una alteración del balance térmico del organismo y la curación como un esfuerzo por restaurar la armonía perdida (Aguado, 2019).

Las mujeres desempeñan un papel crucial en la preservación de este conocimiento. Son ellas quienes, a través de la experiencia cotidiana y la transmisión oral, aseguran que el equilibrio térmico se mantenga en momentos considerados críticos, como el parto, el postparto, los sustos o los dolores de cintura. En la voz de Martina se expresa esta lógica:

“Después del parto, nos tenemos que cubrir bien, porque si entra aire frío, nos duele la cabeza, los huesos, los oídos. Hay que tomar cosas calientes, caldito de gallina, tés, y bañarse con hierbas para sacar el frío.” (Martina, 42 años, Ciudad de México)

Este testimonio revela cómo el parto es considerado un evento “caliente”, que exige medidas para evitar la entrada de frío al cuerpo. El contraste con la biomedicina es notorio: en los hospitales urbanos, donde predominan condiciones “frías” como el aire acondicionado, las anestias o las

camillas metálicas, las mujeres ñāñhō enfrentan un entorno que contradice sus saberes. Esto provoca experiencias de tensión y discriminación, pues sus preocupaciones son desestimadas o ridiculizadas por el personal médico.

La importancia del equilibrio térmico no se limita al parto. En otras dolencias, como los resfriados, los dolores musculares o los malestares digestivos, el frío se percibe como un factor desencadenante de enfermedad. Leoba lo explica a partir de su propia experiencia:

“Aquí lo que se ve [...] es que a muchas de nosotras nos duele la parte de la panza, y pensamos que se debe a que aquí lavamos la ropa en el fregadero, pero que está adentro de la casa, y pues así nos quedamos con el frío aquí [se toca la parte alta del vientre]. [...] Cuando ya es mucho el frío, preparo un baño caliente con hierbas y me baño en ellas, además de tomarme un té de las mismas hierbas varias veces.” (Leoba, 38 años, Ciudad de México)

Este relato evidencia la manera en que el contexto urbano transforma los factores de riesgo: tareas domésticas como lavar ropa en espacios húmedos se interpretan como prácticas que introducen frío en el cuerpo, lo cual refuerza la necesidad de recurrir a baños y tés calientes. La lógica del frío y el calor, lejos de ser una herencia estática, se actualiza frente a nuevas condiciones de vida en la ciudad.

Las plantas medicinales juegan un papel esencial en este proceso. Hierbas como el epazote, el pirul o el romero son utilizadas no solo por sus efectos físicos, sino también por su dimensión simbólica: permiten expulsar el frío y restaurar el calor vital del organismo. Este uso refuerza lo señalado

por García-Hernández et al. (2022), quienes documentan cómo las categorías térmicas siguen funcionando como organizadores del cuidado indígena en contextos urbanos.

En conjunto, los testimonios muestran que el equilibrio térmico constituye una gramática compartida que ordena la experiencia de la enfermedad y guía la selección de remedios. A la vez, evidencian el choque con la biomedicina, que desconoce esta lógica y la considera una creencia no científica. Esta desvalorización no solo genera tensiones en el momento de la atención hospitalaria, sino que fortalece la decisión de la comunidad de sostener y transmitir sus propios saberes.

De esta manera, el principio de frío y calor no es únicamente un marco explicativo de dolencias, sino también una estrategia cultural de resistencia y continuidad. Este fundamento organiza la vida cotidiana de la salud en la comunidad ñāñhō y establece un puente hacia las formas en que lo tradicional y lo biomédico se combinan o se enfrentan en la práctica, cuestión que se observa con claridad en la dualidad de saberes que guía la atención de las enfermedades.

### **La dualidad de saberes. Lo tradicional y lo biomédico.**

A pesar de la continuidad de las prácticas tradicionales, la comunidad ñāñhō ha desarrollado estrategias de complementariedad con la biomedicina. Este proceso no implica subordinación, sino una selección pragmática que se orienta por la eficacia percibida de los tratamientos, la gravedad del padecimiento y la disponibilidad de recursos económicos o de acceso. La biomedicina no desplaza automáticamente a los saberes tradicionales, sino que es probada y validada dentro del marco de referencia cultural de la comunidad.

Doña Lore resume con claridad esta lógica:

“Si mi hija tiene tos, primero le doy su tecito con hojas de fresno y le pongo un poco de Vick en el pecho. Si con eso no se le pasa, ya la llevo al doctor. Pero si voy primero al doctor, me da un jarabe que a veces no le sirve y terminamos haciendo lo mismo.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

El testimonio ilustra cómo la biomedicina se inserta en un proceso de prueba y error, subordinado a la eficacia que el grupo atribuye a sus propias prácticas. Cuando los tratamientos médicos no resuelven, la comunidad regresa a sus remedios como saber confiable y cercano. Esto confirma lo señalado por Menéndez (2018) sobre la lógica indígena urbana de evaluar críticamente la biomedicina, más que aceptarla como verdad incuestionable.

Uno de los ejemplos más representativos de esta combinación de saberes es la incorporación de productos comerciales en la matriz cultural indígena. Doña Tania explica cómo los articula en su práctica cotidiana:

“Si el moco es amarillo y tienen picor en la garganta, voy y les preparo fresno con limón y bicarbonato. [...] Ya que se tomaron el té, los tapo, bien tapados junto con unas pastillas de Mejoralito y les sobo el pecho con VapoRub.” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México)

La narración evidencia un patrón de hibridación donde remedios tradicionales y productos farmacéuticos conviven de manera creativa. El VapoRub® o el Mejoralito no sustituyen las hierbas medicinales ni los tés, sino que se integran como complementos útiles. Esta apropiación cultural resignifica los objetos biomédicos dentro de la

lógica indígena, revelando que la interculturalidad no siempre es un diálogo entre sistemas médicos, sino una práctica cotidiana de adaptación y selección.

En el trabajo de campo también se observó que el uso de medicamentos biomédicos más especializados, como los antibióticos o las vacunas, es común en casos graves. Sin embargo, el acceso a estos recursos se acompaña de cierta desconfianza. El acceso a los antibióticos se hace a través del Sector Salud ya que solo con receta y además el costo de estos medicamentos es mayor. Aunque a quienes se les entrevistó reconocen su utilidad en situaciones extremas, también los consideran agresivos para el cuerpo si se usan de manera frecuente. Martina señala: “Sí los usamos, pero es costoso y difícil de obtenerlos. Mejor usamos lo que ya sabemos usar aquí” (Martina, 42 años, Ciudad de México).

Las voces aquí colocadas muestran que la farmacia alópata no es rechazada de forma absoluta, pero tampoco se integra en un marco de equivalencia. Su utilización depende de una evaluación culturalmente situada que distingue entre lo leve y lo grave, lo curable en casa y lo que exige recurrir a un hospital o farmacia, así como el costo que conlleva. Esta dualidad refleja, como señalan Ramírez-Hita (2014) y Castro (2021), que la interculturalidad en salud no se da como simetría entre sistemas, sino como negociación desigual marcada por fricciones y resistencias.

La comunidad ñãñhõ urbana construye una estrategia de complementariedad pragmática: mantiene la centralidad de sus saberes, incorpora selectivamente lo biomédico y reconfigura productos comerciales dentro de su lógica cultural. Esta dualidad de saberes se convierte en una he-

rramienta de agencia y autonomía, pero también en un campo de tensiones donde la hegemonía biomédica convive con resistencias cotidianas. La práctica de articular lo propio con lo externo marca el tránsito hacia escenarios de fricción más evidentes en la interacción con hospitales y centros de salud, que serán abordados en el siguiente apartado.

### **Interculturalidad en la práctica de salud**

El análisis de la interacción entre los saberes tradicionales y la biomedicina en la comunidad ñãñhõ revela la existencia de dos modelos con enfoques contrastantes. Mientras la medicina tradicional concibe la salud como un equilibrio integral que articula procesos físicos, espirituales, sociales y ambientales, la biomedicina urbana —representada en centros de salud y farmacias— privilegia la resolución rápida de síntomas específicos (Pérez-Ruiz y Argueta-Villamar, 2011). Esta mirada fragmentada tiende a invisibilizar la complejidad de los procesos de sanación dentro de las comunidades indígenas, donde la enfermedad no se interpreta solo en términos fisiológicos, sino en relación con el bienestar colectivo y la armonía con el entorno.

Las prácticas basadas en el binomio “calor–frío” ilustran estas diferencias. Para los ñãñhõ, dolencias como el dolor de cintura o el malestar postparto, asociados al frío, se tratan con remedios calientes como baños de hierbas e infusiones (García-Hernández et al., 2022). Doña Lore relató que después de su último parto los dolores persistieron hasta que se sometió a un baño caliente de hierbas y continuó con infusiones:

“El cuerpo queda débil y frío. Si uno no se cuida, luego vienen más males. Los tés y los

baños calientes ayudan a que el cuerpo agarre fuerza otra vez.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

En contraste, la atención hospitalaria se limita a suministrar analgésicos y anestesia, recursos considerados “fríos” desde la lógica indígena, lo que refuerza la percepción de incompreensión cultural. Este desencuentro evidencia cómo la biomedicina excluye categorías significativas para los pacientes, reproduciendo relaciones de poder que subordinan la experiencia indígena a criterios biomédicos de validez.

La etnografía también mostró que el acompañamiento de curanderas y vecinas constituye un aspecto esencial de la práctica de salud en la comunidad. Doña Tania recurre a ellas para tratar empachos o malestares infantiles, confiando no solo en sus remedios sino también en la contención emocional que proporcionan:

“Cuando la niña se empachó, vino mi vecina, le sobó y le dio su té. Pero lo más importante fue que me calmó a mí, me dijo que no me preocupara, que todo iba a estar bien.” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México)

Este ejemplo demuestra que las prácticas tradicionales cumplen una función doble: atender lo físico y reforzar la solidaridad comunitaria, dimensión que la medicina alópata no suele ofrecer. La biomedicina aparece como recurso técnico, pero sin el entramado social que la comunidad valora como parte esencial de la sanación.

En este contexto, la interculturalidad en salud no se presenta como un diálogo simétrico, sino como una estrategia de integración reflexiva y selectiva de elementos biomédicos. Los habitantes utilizan la biomedicina según la necesidad, pero mantie-

nen como base de su atención primaria los saberes tradicionales (Zambrano, 2005). Doña Lourdes lo expresa al explicar que para enfermedades leves acude al centro de salud, pero que la atención cotidiana sigue en manos de la comunidad:

“Si es algo que no pasa con lo de siempre, voy al doctor. Pero la mayoría de las veces me quedo con lo que me enseñó mi abuela y mi mamá, eso nunca falla.” (Doña Lourdes, 47 años, Ciudad de México)

Este enfoque intercultural, que en la práctica es más bien selectivo y situado, refleja una resistencia cultural que valora los saberes locales al mismo tiempo que incorpora lo externo bajo criterios propios. La comunidad no renuncia a sus tradiciones, sino que adapta ambos sistemas según las circunstancias, los recursos disponibles y la conceptualización de la gravedad.

La transmisión oral y el aprendizaje práctico de los remedios tradicionales cuidan tanto la salud como la ancestralidad. En palabras de Tania: “(...) cuando enseñamos a los hijos a curar con hierbas, no solo les damos medicina, les damos quiénes somos” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México).

Este acto asegura la continuidad del conocimiento y fortalece el sentido de comunidad. A través de estas prácticas, la salud se convierte en un espacio de recomposición colectiva y de resistencia frente a la fragmentación social propia de la vida urbana (Gutiérrez-Martínez et al., 2011).

La interculturalidad en la práctica de salud entre los ñãñhõ no puede entenderse como un diálogo constante ni como una integración armónica. Más bien, se trata de un proceso situado de selección, apropiación y resistencia, donde lo biomédico se

incorpora en función de su utilidad, mientras las prácticas tradicionales se sostienen como la base cultural y social de la atención. Este hallazgo confirma que la interculturalidad crítica se construye en contextos de tensión y asimetría, más que en espacios de igualdad, y que son precisamente estas tensiones las que mantienen vivos los saberes indígenas en la ciudad.

### Tensiones y fricciones con la biomedicina

Los hallazgos muestran que la relación con el sistema biomédico se intensifica y se vuelve más conflictiva en “casos graves” (infecciones fuertes, complicaciones del parto, accidentes). La decisión de acudir al hospital no elimina la lógica cultural del cuidado: la comunidad negocia cada paso y, cuando es posible, procura mantener prácticas propias antes, durante y después de la atención institucional.

“En el hospital hacía mucho frío. Yo les dije que me daban escalofríos y que así no iba a estar bien, pero dijeron que ‘así se trabaja aquí’. Me trajeron una cobija, pero seguía el aire. Sentí que no me escuchaban.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

La percepción de frialdad ambiental y desoído cultural aparece en múltiples relatos vinculados a salas de urgencias y de parto. Para las mujeres, el parto —entendido como proceso “caliente”— contrasta con protocolos “fríos” (aire acondicionado, anestesia, camillas metálicas), lo que alimenta sentimientos de vulnerabilidad y desconfianza. Estas experiencias no se reducen a preferencias personales, sino que expresan desencuentros epistemológicos que el personal de salud interpreta como “creencias”, mientras para la comunidad son criterios de resguardo corporal.

“Cuando me dijeron que me iban a poner la inyección, les pedí que no me dejaran descubierta porque me entra el aire. Me dijeron que eso no importa. Yo sentí que sí importaba.” (Doña Lore, 50 años, Ciudad de México)

Entre “lo leve” y “lo grave” se ubican decisiones farmacológicas intermedias que evitan, retrasan o complementan la consulta: analgésicos, antigripales y antibióticos. La automedicación con antibióticos aparece como práctica extendida, aunque condicionada por costo, disponibilidad con receta y percepciones de “debilitar el cuerpo” si se usan con frecuencia.

“Sí sirven los antibióticos, pero te dejan débil; por eso primero hacemos lo de la casa y ya si no, vamos por la medicina.” (Doña Tania, 40 años, Ciudad de México)

Estas decisiones confirman una interculturalidad no simétrica: el recurso biomédico se incorpora selectivamente bajo criterios comunitarios de gravedad y eficacia percibida. A la vez, la experiencia hospitalaria refuerza la agencia de la comunidad para modular la exposición a prácticas que perciben como riesgos “fríos”.

“Para las cosas que se pasan con té y baños, mejor aquí con las vecinas. Si se complica, vamos al centro de salud, pero siempre cuidándonos del frío.” (Doña Lourdes, 47 años, Ciudad de México)

Las tensiones se expresan en tres planos: ambiental/procedimental (frío hospitalario vs. resguardo térmico), epistémico (desvalorización de categorías indígenas) y farmacológico (uso situado de antibióticos). Estas fricciones no anulan la relación con la biomedicina, pero la reubican en un

régimen de uso condicionado por la cosmología ñãñhõ. Este patrón de conflicto y negociación cierra el arco de resultados y abre el paso a discutir cómo estas prácticas confirman —o disputan— las promesas de la interculturalidad crítica en salud.

## Conclusiones

Los hallazgos muestran que la lógica de frío y calor funciona como un principio organizador de las prácticas de salud de la comunidad ñãñhõ en la Colonia Roma. Esta categoría no solo explica dolencias frecuentes (postparto, resfriados, dolores musculares), sino que guía la selección de tratamientos herbales y el resguardo térmico. En diálogo con investigaciones previas (Lozoya y Zolla, 2015; García-Hernández et al., 2022), se confirma que estas nociones no han desaparecido en el contexto urbano, sino que se reconfiguran frente a nuevas condiciones de riesgo, como los espacios húmedos y fríos en viviendas o el uso de aire acondicionado en hospitales. Su vigencia evidencia la capacidad de los pueblos indígenas para adaptar marcos conceptuales ancestrales a entornos urbanos contemporáneos.

Al situar estos resultados en el debate sobre interculturalidad en salud, se observa que la interacción entre saberes indígenas y biomedicina no ocurre en términos horizontales, sino en escenarios de fricción y asimetría. Autores como Walsh (2010), Castro y Frías (2020) y Ramírez Hita (2014) han señalado que la interculturalidad crítica no puede reducirse a la coexistencia retórica de sistemas, sino que requiere cuestionar las jerarquías epistémicas que colocan a la biomedicina en posición dominante. La evidencia etnográfica confirma este planteamiento: las mujeres ñãñhõ recurren selectivamente a recursos biomédicos,

pero lo hacen bajo criterios locales de eficacia, accesibilidad y costo, subordinando la biomedicina a sus propias lógicas culturales.

Otro punto relevante es la agencia pragmática de la comunidad en la adopción o rechazo de tratamientos. En lugar de un “diálogo constante de saberes”, lo que se observa es un proceso de evaluación situado: remedios tradicionales para casos leves, combinación con productos comerciales en situaciones intermedias y uso de antibióticos o atención hospitalaria únicamente en casos graves. Este hallazgo coincide con la noción de proceso salud–enfermedad–atención (PSEA) de Menéndez (2018), que plantea la atención como una práctica social donde interactúan experiencias, recursos y relaciones de poder. La comunidad ñãñhõ reafirma su autonomía al no aceptar de manera acrítica las prescripciones biomédicas, sino al compararlas y reubicarlas dentro de su propio marco cultural.

Finalmente, los resultados dialogan con la literatura sobre pueblos indígenas en contextos urbanos (Eroza-Solana y Carrasco-Gómez, 2020; Canuto-Castillo, 2017), que destacan la salud como espacio de resistencia cultural y recomposición comunitaria. En la Colonia Roma, cada práctica de cuidado —desde la preparación de un té hasta el acompañamiento de una curandera o vecina— funciona como un acto de transmisión de saberes y de cohesión social. La salud, en este sentido, no se limita al alivio de síntomas, sino que constituye un mecanismo para sostener vínculos colectivos y reafirmar identidades. La discusión evidencia, por tanto, que la interculturalidad no se expresa en escenarios de armonía, sino en una práctica cotidiana de adaptación, resistencia y negociación, donde lo indígena no desaparece, sino que se transforma y se fortalece en la ciudad.

El análisis etnográfico de la comunidad ñãñhõ asentada en la Colonia Roma muestra que la relación entre los saberes tradicionales y la biomedicina se configura como una convivencia conflictiva y asimétrica, más que como un diálogo horizontal. La biomedicina conserva su hegemonía institucional y define protocolos y estándares de atención, pero la vida cotidiana de la comunidad se organiza desde un principio de equilibrio relacional que articula cuerpo, comunidad, espiritualidad y entorno, lo cual desborda los marcos estrictamente clínicos (Breilh, 2013; Menéndez, 2018). La evidencia de campo confirma que, ante dolencias comunes, se sostienen prácticas propias —tés, baños de hierbas, sobadas, resguardo térmico— y que, en situaciones percibidas como graves, se recurre selectivamente a centros de salud u hospitales, sin abandonar las pautas culturales que dan sentido al cuidado.

En este escenario, la comunidad no se subordina pasivamente al sistema dominante: ejerce agencia mediante estrategias de negociación y selección pragmática. La incorporación de recursos biomédicos y comerciales (como el VapoRub, analgésicos o antibióticos) ocurre bajo criterios locales de eficacia, costo y accesibilidad, y se supedita a la continuidad de los tratamientos tradicionales. Esta distinción situada entre lo “leve” y lo “grave” estructura un régimen de uso condicionado de la biomedicina, que responde a la experiencia histórica de desigualdad y a la necesidad de mantener autonomía terapéutica (Menéndez, 2018).

La relación con el sistema de salud institucional no se caracteriza por un rechazo absoluto ni por un diálogo armónico. Se trata de un proceso selectivo y situado, donde se adoptan ciertos elementos de la biomedicina al mismo tiempo que se preservan y reconfiguran los saberes tradicionales. La comunidad compara, prueba y jerarquiza

opciones de atención de acuerdo con su propia cosmología y con la trayectoria del padecimiento, tal como quedó documentado en los testimonios sobre cuidados postparto, dolores musculares, empachos infantiles y episodios respiratorios. Estas prácticas muestran que la interculturalidad en salud se juega en decisiones prácticas de cuidado, y no en enunciados abstractos de reconocimiento institucional.

Más allá del alivio de síntomas, la salud se vive como resistencia cultural y transformación social. La transmisión intergeneracional de saberes y el acompañamiento entre mujeres —madres, abuelas, vecinas, curanderas— sostienen el tejido comunitario y refuerzan la identidad-ancestralidad en un contexto urbano que tiende a fragmentar vínculos. Curar y enseñar aparecen imbricados: cada té, cada baño de hierbas, cada consejo sobre resguardo térmico es, a la vez, tratamiento y pedagogía comunitaria. Así, la atención a la salud se convierte en un espacio de recomposición social que habilita formas concretas de re-existencia en la ciudad (Hernández y Velazco, 2015).

El estudio también evidencia barreras y desigualdades persistentes en el acceso a una atención culturalmente pertinente: experiencias de desoído cultural y frialdad ambiental en hospitales, protocolos que excluyen categorías locales de entendimiento del cuerpo y prácticas discriminatorias que desalientan la consulta o desplazan la atención hacia la automedicación. Aunque el discurso oficial promueve la interculturalidad, su implementación suele ser superficial y condicionada, tolerando lo indígena solo cuando se ajusta a categorías biomédicas. De este modo, se reproduce el colonialismo epistémico y se reafirma la jerarquía del saber (Pérez-Ruiz, 2009; Pérez-Ruiz y Argueta-Villamar, 2011; Quijano, 1992).

Un hallazgo central es la vigencia de las categorías térmicas frío/calor como marco organizador del cuidado. Este esquema guía diagnósticos y tratamientos (en parto, postparto y afecciones digestivas o musculares) y entra en tensión con ambientes y procedimientos hospitalarios percibidos como “fríos”. Al desconocer estas categorías, la biomedicina debilita la confianza terapéutica y erosiona la adherencia a los tratamientos. En cambio, cuando los servicios de salud reconocen la importancia de estos criterios y ajustan las condiciones de atención, se generan puentes concretos de pertinencia cultural. La interculturalidad, en este sentido, no puede limitarse a un reconocimiento discursivo: requiere transformar ambientes y procedimientos para dialogar con los principios que estructuran el cuidado indígena en la vida urbana.

### **Barreras y desigualdades en el acceso a la salud**

La investigación muestra con claridad que uno de los mayores obstáculos para la atención de la comunidad ñañhō radica en la falta de reconocimiento institucional de la medicina indígena. Los testimonios recogidos revelan episodios de discriminación en hospitales y centros de salud, donde los saberes tradicionales son ignorados o, en el mejor de los casos, tolerados como prácticas “complementarias”. Esta desvalorización se traduce en desconfianza hacia el sistema biomédico y en una preferencia por atender dolencias dentro de la comunidad, lo que restringe el acceso a una atención culturalmente pertinente.

En términos estructurales, persisten barreras económicas, lingüísticas y culturales que refuerzan la exclusión. La biomedicina impone protocolos que desconocen categorías centrales como el equilibrio frío-calor o el resguardo térmico postparto,

lo cual genera malestar y percepción de riesgo entre los pacientes. Como señalaron Pérez-Ruiz (2009) y Quijano (1992), este fenómeno reproduce el colonialismo epistémico: la subordinación de los saberes indígenas a un régimen de validez definido exclusivamente por Occidente.

Si bien el discurso de la interculturalidad en salud ha sido promovido en políticas públicas como vía de inclusión, su implementación ha sido superficial y limitada. En muchos casos, la medicina tradicional es aceptada solo cuando se ajusta a categorías biomédicas —por ejemplo, como “medicina alternativa” o “remedio herbolario”— lo que refuerza la relación jerárquica y reduce la práctica indígena a un auxiliar del sistema dominante. Este estudio aporta evidencia empírica para mostrar que la interculturalidad no puede restringirse a la mera coexistencia de saberes: es necesario cuestionar las relaciones de poder que sostienen la hegemonía biomédica y reconocer la legitimidad de los sistemas indígenas en sus propios términos.

### **Hacia una interculturalidad crítica en salud**

Los hallazgos invitan a repensar la interculturalidad desde una perspectiva crítica (Walsh, 2010; Castro y Frías, 2019); Ramírez-Hita, 2014), que no solo reconozca la coexistencia de distintos sistemas médicos, sino que también desafíe y transforme las desigualdades epistémicas. La evidencia etnográfica confirma que, aunque la comunidad ñañhō incorpora recursos biomédicos, lo hace bajo condiciones culturales propias, manteniendo la centralidad de su cosmovisión. Esto implica que cualquier propuesta intercultural debe reconocer esa agencia y no reducir la medicina indígena a un repertorio de prácticas folclóricas.

Transformar la estructura de los servicios de salud requiere avanzar en tres ejes fundamentales:

- Construir una **relación médica con sensibilidad intercultural**, que respete y valore las concepciones indígenas del cuerpo y la enfermedad.
- Diseñar **modelos de atención horizontales y no invasivos**, que posibiliten complementariedad real y no subordinación.
- Abrir **canales de participación comunitaria** en la toma de decisiones, donde las comunidades indígenas definan junto con profesionales y autoridades los lineamientos de atención.

Además, es imprescindible que tanto el personal de salud como la academia cuestionen la verticalidad que históricamente ha caracterizado su relación con los pueblos originarios. La biomedicina no puede seguir operando como único saber legítimo: urge desmontar los privilegios que sostienen la jerarquía epistémica y reconocer que los conocimientos indígenas constituyen sistemas dinámicos y contemporáneos de cuidado.

A pesar de estas barreras, la comunidad ñãñhõ demuestra una notable capacidad de re-existencia. Ha sabido redefinir sus prácticas médicas en la ciudad sin perder la centralidad de su cosmovisión, combinando estrategias de autoatención, redes comunitarias y recursos biomédicos bajo criterios propios. No obstante, algunos casos graves siguen requiriendo el regreso al pueblo de origen como estrategia de sanación, lo cual revela tanto la fortaleza de la medicina tradicional como las limitaciones del acceso urbano. Este retorno, sin embargo, implica costos económicos elevados que lo hacen poco viable para muchas familias, mostrando la urgencia de generar condiciones urbanas que garanticen la pertinencia cultural en los servicios de salud.

### **Hacia un modelo de salud inclusivo y equitativo**

La experiencia de la comunidad ñãñhõ residente en la Colonia Roma confirma que la biomedicina no es un sistema autosuficiente ni absoluto. En su vida cotidiana, las familias han demostrado que conviven y negocian constantemente entre distintas formas de entender y tratar la salud, articulando remedios caseros, rituales de sanación, plantas medicinales, productos comerciales y recursos biomédicos. Reconocer esta diversidad epistémica no es un gesto de tolerancia cultural, sino un ejercicio de justicia histórica y epistémica: implica aceptar que los pueblos originarios han construido sistemas médicos propios que, lejos de ser obsoletos, continúan adaptándose y ofreciendo respuestas efectivas en contextos urbanos de desigualdad.

Este estudio muestra que hablar de interculturalidad en salud no puede limitarse a discursos inclusivos ni a políticas de integración formal. Tal como señalan Juárez (et al., 2014), Castro y Frías (2020) y Ramírez-Hita (2014), la interculturalidad crítica demanda cuestionar las relaciones de poder que han desvalorizado los saberes indígenas, al tiempo que desmantela los procesos de folclorización —incluidos los que, bajo la etiqueta de la ola *New Age*, trivializan prácticas médicas ancestrales y las convierten en productos de consumo descontextualizados. Reconocer la medicina indígena en sus propios términos supone rechazar tanto su subordinación a categorías biomédicas como su exotización superficial.

Desde una perspectiva crítica, la comunidad ñãñhõ ofrece un horizonte alternativo para la construcción de modelos de salud más equitativos. Su práctica cotidiana demuestra que la salud

no es un hecho estrictamente biológico, sino un proceso relacional que articula cuerpo, emociones, espiritualidad, comunidad y entorno. La transmisión intergeneracional de saberes, los espacios de cuidado colectivo y la recomposición del tejido social en torno a la enfermedad revelan que el cuidado es, simultáneamente, un acto de sanación y de resistencia cultural. La biomedicina, en su afán de estandarización, suele desconocer esta integralidad y reduce el bienestar a la administración de tratamientos individuales. No obstante, podría aprender de estas estrategias comunitarias, integrando enfoques que reconozcan el peso de las dimensiones sociales y culturales en la atención.

El aporte de esta investigación a la Salud Colectiva, la Medicina Social, la Antropología Médica y la Salud Pública Intercultural radica en mostrar cómo los pueblos indígenas urbanos construyen estrategias de re-existencia en condiciones de desigualdad estructural. Los ñañhō no solo han preservado prácticas ancestrales, sino que también han generado mecanismos de aprendizaje colaborativo y horizontal, donde el conocimiento se transmite y se reconfigura en función de la experiencia compartida. Este proceso fortalece la autonomía comunitaria y propone un modelo alternativo de atención basado en el diálogo, la reciprocidad y el cuidado colectivo.

Frente a ello, el reto para los servicios de salud es profundo: no basta con capacitar al personal en “competencias interculturales” ni con añadir secciones de medicina tradicional en manuales clínicos. Es indispensable transformar las estructuras de atención, creando espacios de encuentro intercultural genuinos, donde la voz de las comunidades indígenas tenga agencia y poder de decisión. Solo así será posible superar la lógica de la

subordinación epistémica que ha caracterizado la relación entre la biomedicina y los saberes originarios.

La comunidad ñañhō nos recuerda que la salud es un proceso integral de acompañamiento. Los hospitales y clínicas deberían pensarse no solo como espacios técnicos de diagnóstico y tratamiento, sino como escenarios de aprendizaje mutuo, donde los conocimientos médicos indígenas se reconozcan como sabiduría legítima. Esto implica abrir canales de participación para que las comunidades indígenas puedan definir, junto con profesionales y autoridades, políticas y protocolos de atención que respondan a sus necesidades culturales y sociales.

En este sentido, avanzar hacia un modelo de salud inclusivo y equitativo requiere un cambio de paradigma: pasar de un sistema que impone soluciones estandarizadas a otro que se nutra de la pluralidad epistémica. La interculturalidad crítica en salud no es un complemento retórico ni una etiqueta decorativa; es una práctica política y ética que interpela a las instituciones, a la academia y a la sociedad en general. El desafío consiste en desmontar la jerarquía del saber médico occidental y en reconocer que los pueblos indígenas poseen no solo derecho, sino también capacidad plena de producir conocimiento válido para la vida y la sanación.

La comunidad ñañhō residente en la Ciudad de México ofrece una lección fundamental: la salud no se construye en soledad ni se reduce a tratamientos individuales. Es un proceso colectivo, situado y en constante negociación, donde el bienestar se teje entre la memoria ancestral y las estrategias contemporáneas de supervivencia. Reconocer esta práctica como un aporte legítimo no

solo dignifica a las comunidades indígenas, sino que abre la posibilidad de transformar el sistema

biomédico en un espacio más justo, dialogante y socialmente transformador.

## Referencias bibliográficas

- AGUADO, J. C. (2019). “La salud otomí en condiciones de migración urbana. Salud-enfermedad un problema etnocéntrico. Elementos para una reflexión antropológica”, *Aries. Anuario de Antropología Iberoamericana*, pp. 1-22.
- AGUADO, J. C. y DE LA GARZA, M. A. (2018). *Antropología y psicoanálisis: psicocomunidad*, México: Colofón, 388 pp.
- AGUADO, J. C., y PORTAL, M. (1992). *Identidad, ideología, y ritual*. Ed. UAM-Iztapalapa, México.
- BARTOLOMÉ, M. A. (2008). “La diversidad de las diversidades. Reflexiones sobre el pluralismo cultural en América Latina”, *Cuadernos de Antropología Social*, no. 28 año 2008, pp. 33-49.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), pp. 13-27.
- CANUTO-CASTILLO, F. (2017). “Lenguas indígenas de México en contexto urbano. Una aproximación al caso de León, Guanajuato, México”, *UniverSOS. Revista de Lenguas Indígenas y Universos Culturales*, núm. 14, pp. 9-30.
- CANUTO-CASTILLO, F. (2020). “*Yá nthogi ya jä'itho nsant'ya go nt'ähi, maxei: Historias de los otomíes de Santiago Mexquititlán, Querétaro*”. Universidad de Guanajuato. (Catálogo/editorial con ficha e ISBN).
- CASTRO, R., y FRÍAS, S. M. (2020). “Obstetric Violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey. Violence Against Women”, 26(6-7), 555-572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- DEVEREUX, G. (1983). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México, Siglo XXI, 88 pp.
- EROZA-SOLANA, E., y CARRASCO-GÓMEZ, M. (2020). “La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia”, en *LiminaR*, 18(1), pp. 112-128. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
- GARCÍA-HERNÁNDEZ, K. Y., VIBRANS, H., y VARGAS GUADARRAMA, L. A. (2022). “Frio y caliente, en México: categorías, dominios y distribución de un sistema de clasificación popular mesoamericano”, *Cuicuilco. Revista De Ciencias Antropológicas*, 29(84), pp. 107-150. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/18365>
- GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ, D., MOCELLIN-RAYMUNDO, M. y VIESCA-TREVIÑO, C., (2011). “Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(3), pp. 325-330.
- HAMMERSLEY, M., y ATKINSON, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós, 70 pp.
- HERNÁNDEZ, M., y VELAZCO, L. (2015). “La etnicidad cuestionada: Ancestralidad en las hijas e hijos de inmigrantes indígenas oaxaqueños en Estados Unidos”, *Migraciones Internacionales*, 8(2), pp. 133-164.
- JARA, C. (2024). “Hacia una antropología de la salud desde la antropología crítica”, en *Revista de la Academia*, Número 32 Otoño, pp. 192-210. DOI <https://doi.org/10.25074/0196318.37.2695>

- JUÁREZ-RAMÍREZ, C., MÁRQUEZ-SERRANO, M., SALGADO DE SNYDER, N., PELCASTRE-VILLAFUERTE, BE., RUELAS-GONZÁLEZ, MG., y REYES-MORALES, H. (2014). “La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 35(4):284-90.
- LOZOYA, X., y ZOLLA, C. (2015). Lo invisible es verde. *El Vidrio en el espejo*. CINVESTAV.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones* México: CIESAS, 254 pp.
- MENÉNDEZ, E. L. (2018). “Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional”, *Salud Colectiva*, 14(3), pp. 461-481. DOI <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- MENÉNDEZ, E. L. (2022). “Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica”, en *Salud Colectiva*, 18, pp. 1-25. DOI <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>
- OLIVÉ, L. (2004). *Interculturalismo y justicia social Autonomía e identidad cultural en la era de la globalización*. México, UNAM, 232 pp.
- PÉREZ RUIZ, M. L., y ARGUETA VILLAMAR, A. (2011). “Saberes indígenas y diálogo intercultural”, en *Cultura y representaciones sociales*, 5(10), pp. 31-56.
- PÉREZ RUIZ, M. L. (2009). “¿De qué hablamos cuando nos referimos a lo intercultural? Reflexiones sobre su origen, contenidos, aportaciones y limitaciones”, en *Valladares, L., Pérez Ruiz, M. L., y Zárate Vidal, M. (Coords.), Estados plurales. El reto de la diversidad y la diferencia*, México: UAM-I, pp. 199-228.
- QUIJANO, A. (1992). “Colonialidad y modernidad/racionalidad”, *Perú Indígena*, 13(29), pp. 11-20.
- RAMÍREZ-HITA, S. (2014). “Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência y Saúde Coletiva*” v. 19, n. 10, pp. 4061-4069. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09372014>.
- CASTRO, A. R. (2021). “Hacia una tipología de la interculturalidad en salud: alcances disputas y retos”, *Andamios*, 18(45), pp. 535-552. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
- SIERRA, M. T. (2005). “Derecho indígena y acceso a la justicia en México: Perspectivas desde la interlegalidad”, *Revista IIDH*, 41, pp. 287-314.
- WALSH, C. (2010). “Interculturalidad crítica y pedagogía decolonial”, Capítulo en *Construyendo Interculturalidad Crítica*. Coords. Viaña, Tapia y Walsh., Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz.
- WALSH, C. (2009). *Interculturalidad, Estado, Sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: UASB/Abya Yala, 2009.
- ZAMBRANO, C. V. (2005). Interculturalidad, reconocimiento y diversidad ampliada. *Revista Interculturalidad*, año 1, No. 1, octubre 2004-marzo 2005, Santiago, Chile, pp. 89-106.

# Del canibalismo agrícola a la soberanía en salud: El “Programa Cacao 4S” como alternativa de política pública para la cadena de cacao en Zapallo, Ecuador\*

Hugo Zumárraga Suárez\*\* • Julio Sánchez Otero\*\*\* • María de Lourdes Larrea Castelo\*\*\*\*  
Gissela Mediavilla\*\*\*\*\* • Miguel Romero Flores\*\*\*\*\* • Laurence Maurice\*\*\*\*\*

## RESUMEN

Este artículo analiza críticamente cómo el sistema de producción de cacao en Zapallo (Esmeraldas, Ecuador) genera diferencias estructurales en el proceso salud-enfermedad-atención, y presenta el “Programa Cacao 4S” como una alternativa contrahegemónica de política pública para la soberanía alimentaria y la salud colectiva. A través del programa Cacao 4S los pequeños agricultores mejoran las condiciones de salud, alimentación, etc., es decir, mejoran o llegan a un modo y estilo de vida saludable. Mediante un estudio de caso con enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo, se aplicaron encuestas a 100 actores de la cadena y se utilizaron técnicas cualitativas como entrevistas y observación participante; el análisis se basó en la metodología Inserción Social de la Población (INSOC), el Análisis de Correspondencia Múltiple (MCA) y el Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (HACCP). La investigación caracterizó siete perfiles epidemiológicos diferenciados, demostrando que la salud se distribuye de manera desigual según la clase social, el nivel de educación, la tenencia de tierra y la etnia, abarcando desde la máxima vulnerabilidad (exposición a tóxicos) en productores Chachi y operarios sin tierra, hasta el riesgo psicosocial (estrés) en grandes productores. Se concluye que estas diferencias son una manifestación de injusticia socioambiental producto de un modelo insostenible, y que la salud colectiva exige transformaciones estructurales. El “Programa Cacao 4S” se presenta como un modelo viable para reconstruir el sistema agroalimentario desde una perspectiva de salud colectiva y de justicia ambiental y social.

**PALABRAS CLAVE:** Salud colectiva, sistemas agroalimentarios, inequidades en salud, condiciones de trabajo, Ecuador

\* Este artículo se deriva de la investigación doctoral: Zumárraga Suárez, H. (2025). Estudio crítico del impacto en la salud colectiva del sistema de producción de cacao (*Theobroma cacao*) y propuesta de un modelo de producción sostenible, soberana, solidaria y biosegura para implementar en el recinto Zapallo (provincia de Esmeraldas) [Tesis doctoral]. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

\*\* Director de ZUIISO y doctorante en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad. Universidad Andina Simón Bolívar Ecuador. Correo electrónico: [hzumarraga@zuiso.ec](mailto:hzumarraga@zuiso.ec)

\*\*\* Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Correo electrónico: [jsanchez@puce.edu.ec](mailto:jsanchez@puce.edu.ec)

\*\*\*\* Universidad Andina Simón Bolívar. Correo electrónico: [marial.larrea@uasb.edu.ec](mailto:marial.larrea@uasb.edu.ec)

\*\*\*\*\* Consultora Senior en ZUIISO. Correo electrónico: [gisselammf22@hotmail.com](mailto:gisselammf22@hotmail.com)

\*\*\*\*\* Universidad Internacional del Ecuador. Correo: [miguelromero13@gmail.com](mailto:miguelromero13@gmail.com)

\*\*\*\*\* Instituto Francés de Investigación para el Desarrollo (IRD). Correo electrónico: [laurence.maurice@ird.fr](mailto:laurence.maurice@ird.fr)

**Fecha de recepción:** 17 de septiembre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 09 de diciembre de 2025.

## From agricultural cannibalism to health sovereignty: the “Cacao 4S Program” as a public policy alternative for the cocoa value chain in Zapallo, Ecuador

### ABSTRACT

This article critically analyzes how the cocoa production system in Zapallo (Esmeraldas, Ecuador) generates structural differences in the health-disease-care process and presents the “4S Cocoa Program” as a counter-hegemonic public policy alternative for sovereignty and collective health. Through a mixed-methods case study, surveys were administered to a sample of 100 actors in the value chain, and qualitative techniques such as interviews and participant observation were used; the analysis was based on the INSOC methodology, Multiple Correspondence Analysis (MCA), and the HACCP framework. The research characterized seven differentiated epidemiological profiles, demonstrating that health is unequally distributed according to class, land tenure, and ethnicity, ranging from maximum vulnerability (exposure to toxins) among Chachi producers and landless workers to psychosocial risk (stress) among large producers. It is concluded that these health differences are a manifestation of socio-environmental injustice resulting from an unsustainable model and that collective health requires structural transformations. The “4S Cocoa Program” is presented as a viable model to rebuild the agri-food system from a health and justice perspective.

**KEYWORDS:** Collective Health, Agrifood Systems, Health Inequities, Working Conditions, Ecuador.

### Introducción

La cadena agroproductiva del cacao (*Theobroma cacao*) en Ecuador encierra una profunda paradoja. A escala nacional, el sector goza de un prestigio global por su “cacao fino de aroma” y ha mostrado un crecimiento sostenido, pasando de 235 182 toneladas métricas (Tm) cosechadas en 2018 a 403 699 Tm en 2024 (Zumárraga Suárez, 2025), consolidando al país como uno de los principales exportadores globales, este año el tercer exportador mundial. Sin embargo, detrás de este éxito macroeconómico, cuyos beneficios se concentran en los eslabones finales controlados por grandes conglomerados como Olam, Barry Callebaut o Transmar, subyace un sistema de producción que opera bajo una lógica que esta investigación ha

denominado el “Canibalismo agrícola del capital” (Breilh, 2003).

Este concepto, que desarrollamos a lo largo de esta investigación, define un modelo de producción agrícola centrado exclusivamente en la maximización del intercambio de capital. Es, en esencia, un sistema autófago capaz de destruir su propia base natural y social en su búsqueda de lucro. La lógica del canibalismo agrícola se sustenta en tres rasgos estructurales: 1) Un antropocentrismo que prioriza únicamente las necesidades humanas. 2) Una visión trabajo-céntrica que desvaloriza la naturaleza y los recursos naturales (agua, suelo, biodiversidad). 3) La subordinación total a un sistema de mercado capitalista.

Su manifestación directa en Zapallo es la degradación de los recursos naturales (deforestación, contaminación de fuentes de agua, erosión del suelo) y la precarización de las labores agrícolas, generando sujetos aislados, egoístas e indiferentes que han perdido la capacidad de acción colectiva. Desde la epidemiología crítica, este modelo se interpreta como el núcleo estructurante que no solo genera inequidad social, sino que produce activamente la enfermedad en los cuerpos de los habitantes del territorio, determinando los perfiles epidemiológicos que presentamos en este estudio.

Este modelo, fundamentado en un paradigma antropocéntrico y trabajo-céntrico que desvaloriza la naturaleza (Altvater, 2007), se caracteriza por ser autófago; es decir, “devora su propia base de sustentación social y ecológica en su afán de maximizar la rentabilidad y la acumulación” de divisas (Breilh, 2003). Opera bajo la falacia de que el ambiente es una entidad externa, ignorando la relación dialéctica fundamental en la que “no hay organismo sin ambiente, y no hay ambiente sin organismo” (Levins y Lewontin, 1985). Esta dinámica, orientada al despojo en territorios vulnerables, se asemeja a lo que Harvey (2005) denomina un “capitalismo buitresco”, que se nutre de la desarticulación de las condiciones para una existencia digna y sostenible.

El estudio se sitúa geográficamente en el Recinto Zapallo, parroquia Malimpia, cantón Quinindé (provincia de Esmeraldas), una zona de bosque húmedo tropical ubicada a 400 m.s.n.m., con una temperatura promedio anual entre 23 y 26 °C y una alta pluviosidad de 3300 mm/año, asentada sobre suelos franco-limo-arenosos aptos para la actividad agroproductiva. La dinámica agrícola del territorio está marcada por una estación invernal lluviosa que se extiende de diciembre a mayo, determinando los ciclos fenológicos del cacao

(*Theobroma cacao*) y otros cultivos transitorios como el maíz y el maracuyá.

Socialmente, Zapallo es un territorio de interculturalidad compleja y estratificada. La población productora no es homogénea; en ella coexisten colonos mestizos, comunidades afroecuatorianas y familias de la nacionalidad indígena Chachi. Estos últimos, ancestralmente habitantes de la zona, enfrentan condiciones de mayor vulnerabilidad, caracterizándose por una economía de subsistencia en predios menores a una hectárea y barreras estructurales de acceso a servicios básicos y educación. Esta diversidad cultural convive en un entorno donde la expansión de monocultivos agroindustriales (palma y cacao) ha reconfigurado las relaciones comunitarias tradicionales hacia lógicas de competencia y dependencia de insumos externos.

Históricamente, este territorio, cuyas tierras fértiles son ideales para actividades agroproductivas, ha sido modelado por fuerzas que trascienden sus límites, forzando una transición desde un sistema agrario comunitario (1964) hacia un modelo agroindustrial capitalista iniciado a partir de 1967.

Las reformas agrarias de las décadas de 1960 y 1970, lejos de lograr una redistribución equitativa, consolidaron una estructura agraria desigual donde los principales beneficiarios fueron “terrateñientes y actores con poder político y económico, en detrimento del campesinado y las poblaciones rurales empobrecidas” (North, 1985). A esto le siguió la “Revolución Verde”, una política que impuso un paquete tecnológico dependiente de fertilizantes sintéticos y plaguicidas.

Esta iniciativa, promovida y financiada principalmente por las fundaciones Rockefeller y Ford, contó con el apoyo del gobierno de Estados Uni-

dos (a través de agencias como USAID) y del Banco Mundial. Su objetivo era instaurar una nueva lógica de producción que redefinió el orden espacial rural y consolidó una “normalidad” basada en criterios de eficiencia productiva y control técnico (Breilh, 2003). Este proceso se intensificó durante el auge del neoliberalismo (1984-2006), período en el que las entidades de control estatal se debilitaron profundamente, permitiendo la entrada irracional de agroquímicos al país (OIT, 2019), cuya procedencia era de Estados Unidos, China y Rusia. ¿De qué manera esta modernización agraria, presentada como un avance ineludible, terminó por despojar a las comunidades de su soberanía territorial y su capacidad para definir su propio desarrollo? El resultado ha sido una transformación drástica del paisaje, impulsando la deforestación de bosques primarios para dar paso a monocultivos extensivos —primero de palma africana y más recientemente de cacao—, junto a la contaminación de ríos y la compactación de suelos (George, 1976; Leff, 1994; Pengue, 2000; Breilh, 2003). Este proceso histórico ha expropiado a sus habitantes la posibilidad de construir una vida digna, pues como afirma Lefebvre, “¡Cambiar la vida! ¡Cambiar la sociedad! Nada significan estos anhelos sin la producción de un espacio apropiado” (Lefebvre, 2013).

Este artículo aborda dicha problemática desde la perspectiva de la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica. Se adopta este marco para superar los enfoques funcionalistas que, al centrarse en “factores de riesgo” aislados, resultan insuficientes para capturar la esencia del fenómeno. Dicha perspectiva tradicional tiende a individualizar y despolitizar los problemas de salud, pues al operar desde una lógica lineal, incurre en lo que Breilh (2003) denomina un “aplanamiento ontológico, metodológico y praxicológico”, al poder “culpar

a una causa o factor aislado como generador de una enfermedad, excluyendo del análisis el modo social de devenir”.

Frente a esto, cabe preguntarse: ¿cómo se puede construir un conocimiento que no solo describa las enfermedades, sino que revele las estructuras de poder que las producen y perpetúan? Precisamente por ello, sostenemos que la crisis en Zapallo es de carácter estructural y sistémico. Es, en su núcleo, “una crisis de soberanía, de sostenibilidad, de solidaridad y de bioseguridad, cuyas consecuencias se inscriben directamente en el territorio y en los cuerpos de sus habitantes” (Zumárraga Suárez, 2025).

La evidencia empírica de esta investigación busca confirmar la tesis central sobre la determinación estructural de la salud. A lo largo del estudio, se exploran las relaciones entre la posición de clase de los actores, la tenencia de tierra y su rol dentro de un sistema productivo, con el fin de identificar la presencia de patologías como los trastornos musculoesqueléticos y los síntomas de intoxicación por plaguicidas. La investigación también examina los riesgos de bioseguridad que amenazan la salud pública y la viabilidad comercial del cacao ecuatoriano.

El Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (HACCP), efectuado en 2025 por Zumárraga Suárez, identificó la contaminación por cadmio y aflatoxinas como Puntos de Control (PC) y la salmonella como un Punto Crítico de Control (PCC). Estos peligros, a menudo invisibilizados en la producción primaria, externalizan sus costos al consumidor y al ambiente. Estas condiciones de vida, impuestas por el modelo, vinculan directamente los procesos macrosociales con la biología de los individuos, demostrando la “subsunción

de lo biológico en lo social” (Breilh, 2003). Si la evidencia demuestra que el modelo productivo inscribe la desigualdad en los cuerpos, ¿por qué las intervenciones continúan centrándose en soluciones técnicas o conductuales en lugar de en la transformación de las estructuras que generan el daño?

En este contexto, el objetivo del presente artículo es doble y se enmarca en una lógica de praxis que vincula la crítica con la acción transformadora (Wesseling et al., 2001) en detrimento de las condiciones ambientales y sociales de la población de la comunidad Zapallo. Primero, se busca analizar críticamente cómo el sistema de producción de cacao en Zapallo, un recinto de 500 productores agrícolas en la provincia de Esmeraldas, genera y reproduce estas diferencias en la salud-enfermedad como una expresión de injusticia socioambiental. Segundo, y como consecuencia directa de ese diagnóstico, se presenta el “Programa Cacao 4S” como una alternativa contrahegemónica. Este programa se fundamenta en la restitución de la Sostenibilidad (producción libre de deforestación y de entrantes agrotóxicos), la Solidaridad (crecimiento mancomunado y acción colectiva), la Bioseguridad (garantía de calidad, inocuidad y trazabilidad) y la Soberanía (construcción participativa del modelo productivo rentable) (Zumárraga Suárez, 2025). Para desarrollar este argumento, el artículo se estructura de la siguiente manera: primero, se detalla la metodología mixta que sustenta la investigación; segundo, se exponen los resultados del diagnóstico, describiendo los siete perfiles epidemiológicos; tercero, se discuten estos hallazgos a la luz de la teoría de la determinación social de la salud; y finalmente, se presenta el “Programa Cacao 4S” como una política pública territorial viable. Esta propuesta de desarrollo rural emancipador está diseñada para

transformar las causas estructurales del problema, partiendo de la premisa de que “cambiar la vida” y “cambiar la sociedad” son anhelos inseparables de la “producción de un espacio apropiado” (Levins y Lewontin, 1985) que en Zapallo ha sido expropiado y debe ser recuperado.

### Metodología

Este trabajo se sustenta en una investigación de alcance descriptivo y analítico, desarrollada bajo un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo) (Zumárraga Suárez, 2025; North, 1985). Se optó por un diseño de tipo concurrente con predominio cualitativo, que permite el uso simultáneo de ambos enfoques para construir un análisis integral de los procesos sociales, productivos y epidemiológicos. Esta combinación aprovecha las fortalezas de cada paradigma: el componente cuantitativo permitió identificar y medir las estructuras y patrones de la situación actual, mientras que el cualitativo fue indispensable para explorar los significados, las percepciones y las lógicas subyacentes en las experiencias de los actores (North, 1985). Frente a una realidad tan compleja, ¿puede un único paradigma metodológico —sea cuantitativo o cualitativo— capturar la interacción dialéctica entre la estructura social y la vivencia individual? Precisamente por ello, esta decisión se fundamentó en la necesidad de superar los límites de una causalidad lineal para, en su lugar, indagar cómo se han determinado históricamente las condiciones actuales del territorio.

Se partió del principio de que la determinación no es unívoca, sino que, como señala Bunge, basta con admitir que “los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas), que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales y que los procesos a través de los

cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes” (Bunge, 1972).

El trabajo de campo se llevó a cabo en el recinto Zapallo (Esmeraldas, Ecuador), seleccionado como un enclave estratégico por ser un territorio que evidencia de forma paradigmática la transición de sistemas productivos –desde el bosque primario, pasando por el monocultivo de palma africana y ahora el cacao– y las consecuencias socioambientales de dicho proceso (Zumárraga Suárez, 2025). La fase de recolección de datos se desarrolló durante un periodo de 12 semanas distribuidas a lo largo de seis meses, permitiendo capturar la variabilidad estacional de la producción.

La población de estudio estuvo conformada por actores vinculados directa e indirectamente a la cadena de valor del cacao, abarcando la diversidad social del territorio que incluye a campesinos montuvios, miembros de la comunidad indígena Chachi y jornaleros agrícolas (actores directos), así como a intermediarios, acopiadores y transportistas (actores indirectos) (Zumárraga Suárez, 2025). Se trabajó con una muestra total de 100 participantes, seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por criterios. Para profundizar en la dimensión cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión con representantes de los distintos eslabones para analizar colectivamente las condiciones de vulnerabilidad. Estas narrativas se triangularon con la observación participante, registrada en diarios de campo durante las visitas a las fincas y centros de acopio.

La selección de la muestra buscó alcanzar la saturación teórica, es decir, se continuó con la recolección de datos hasta el punto en que las nuevas entrevistas y observaciones dejaron de aportar

información novedosa, indicando que se había capturado la gama completa de perspectivas y dinámicas relevantes para la investigación (North, 1985). Este enfoque cualitativo profundo se alinea con la necesidad de establecer una relación de confianza y convivencia previa con la comunidad. Como señala Sanmartín, la convivencia permite adquirir un “conocimiento muy denso y fiable como para plantear con naturalidad los encuentros con los informantes” (Sanmartín, 2000), lo cual fue fundamental para la validez de los datos recogidos. De esta manera, la muestra no solo sirvió para cuantificar variables, sino para construir una visión integral de las condiciones de vida y los riesgos presentes en la cadena de valor del cacao.

Para la recolección de datos, el componente cuantitativo se basó en la aplicación de 17 encuestas estructuradas que abarcaron un total de 848 variables. Estas se agruparon en temáticas exhaustivas como: inserción laboral, estilos de vida y salud, formas de producción, buenas prácticas agrícolas (BPA), cumplimiento normativo, procesos asociativos y relaciones comerciales. El componente cualitativo, por su parte, se orientó a “capturar las experiencias, percepciones y significados de los actores locales” mediante una inmersión profunda en el territorio. Se utilizó la observación participante, donde el investigador se posicionó como un “actor implicado” y no como un observador neutral, para comprender las dinámicas desde adentro. Las entrevistas semiestructuradas permitieron explorar las narrativas de los sujetos, mientras que los grupos de discusión fueron clave para analizar colectivamente las condiciones de exposición y vulnerabilidad, revelando “significaciones sociales latentes” (Zumárraga Suárez, 2025).

¿Cómo se pueden articular los datos “duros” de las encuestas con las narrativas “blandas” de la

experiencia vivida sin subordinar una a la otra? La respuesta yace en el establecimiento del *rapport*, fundamental para la calidad de la información. Como lo define Taylor, este implica “comunicar simpatía genuina hacia los informantes; superar las barreras defensivas propias del encuentro con un extraño; facilitar que los sujetos se expresen con libertad sobre su entorno; proyectar una imagen confiable; y compartir el mundo simbólico de los informantes” (Taylor y Bogdan, 1997). Estas herramientas, en su conjunto, fueron esenciales no solo para contextualizar los datos cuantitativos, sino para construir un conocimiento dialógico y anclado en la realidad social del recinto.

El procesamiento y análisis de la información se realizó como un proceso interpretativo, no meramente técnico. Los datos cuantitativos se organizaron inicialmente con la metodología Inserción Social de la Población (INSOC), diseñada para caracterizar condiciones sociales y epidemiológicas en territorios con vulnerabilidades estructurales. De manera central, se aplicó Análisis de Correspondencia Múltiple (MCA)<sup>1</sup> en SPSS, herramienta clave para trascender el análisis bivariado y revelar asociaciones complejas entre múltiples variables categóricas, visualizando las relaciones entre modos de vida, prácticas productivas y perfiles epidemiológicos (Zumárraga Suárez, 2025).

El uso de esta técnica se guió por el principio de que, en fenómenos sociales complejos, “el empleo de la matemática es útil sólo si se aplica a fenómenos concretos que ya han sido objeto de una profunda teorización” (Silva, 2005). En fenómenos sociales complejos, las herramientas estadísticas, por más avanzadas que sean, no capturan

1 MCA aplicado a una muestra de 100 actores; se validaron 17 instrumentos con 848 variables; se ejecutaron análisis temáticos por bloques (EPI, EXT, TOXI, ECO), base de 19 figuras interpretativas.

por sí solas la totalidad del proceso salud–enfermedad, atravesado por relaciones de poder e historicidad. Por eso, se complementó el Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (HACCP)<sup>2</sup> para valorar los riesgos de inocuidad a lo largo de la cadena productiva (desde la finca hasta la poscosecha), identificando peligros como contaminación por cadmio y aflatoxinas (Puntos de Control) y la presencia de *Salmonella* (Punto Crítico de Control); y matrices de ponderación para riesgos socioambientales, de seguridad y salud en el trabajo, y de sostenibilidad, considerando probabilidad de ocurrencia y gravedad del impacto.

En su conjunto, esta triangulación metodológica permitió construir un análisis robusto y multiescalar—desde el agente patógeno hasta el mercado global—, coherente con el marco de la epidemiología crítica, para comprender la determinación histórica y estructural de la salud en el territorio (Zumárraga Suárez, 2025).

Finalmente, la interpretación de los hallazgos se enmarcó en el concepto de injusticia socioambiental. Para esta investigación, este término no se limita a la distribución equitativa de los riesgos, sino que se define como la garantía de que ningún grupo social—especialmente los más vulnerables como el pueblo Chachi o los jornaleros sin tierra— soporte una carga desproporcionada de las externalidades tóxicas y degradantes del modelo productivo. Implica, además, el reconocimiento de su derecho a participar en las decisiones te-

2 En fermentación se trató *Salmonella sp.* como PCC de calidad e inocuidad, con monitoreo de la curva térmica (LO: 26–32 °C a 12 h; 32–38 °C a 24 h; 39–45 °C a 48 h; 45–50 °C a 72–120 h; etc.). En secado/almacenamiento se controlaron aflatoxinas como PC: LC de humedad ≤ 7 % para paso a clasificación/empaque; vigilancia de reabsorción en bodega (LO 7,5 % / 7 % / 6,8 %; moho = 0 %).

Para riesgos socioambientales y de SST se utilizó una matriz de significancia (probabilidad × gravedad) validada en talleres: niveles “muy importante/importante/apreciable/marginal” y criterios específicos (ISO 34101, SST y ambiente).

territoriales que afectan su salud y la preservación de las condiciones ecológicas necesarias para su reproducción social y cultural (Martínez-Alier, 2007; Breilh, 2003).

### Resultados: Diagnóstico crítico de las diferencias en salud de los actores de la cadena cacaotera

El análisis empírico revela que la crisis del sistema cacaotero en Zapallo se inscribe directamente en la determinación estructural de la salud de sus actores. Esta crisis se manifiesta en enfermedades físicas y emocionales, que a su vez están ligadas a los modos y estilos de vida de la población. Lejos de ser una población homogénea, la investigación

identificó y caracterizó siete perfiles epidemiológicos distintos, demostrando que la salud y la enfermedad se distribuyen de manera desigual y jerárquica. Este hallazgo confirma que “patologías como los trastornos musculoesqueléticos y los síntomas de intoxicación por plaguicidas están [...] estructuralmente determinadas por la posición de clase de los actores, la tenencia de tierra y su rol dentro de un sistema productivo insostenible” (Zumárraga Suárez, 2025). Cada uno de los siete perfiles, a continuación descritos, representa la manifestación biológica de los modos de vida que el modelo hegemónico impone, creando una verdadera cartografía de la inequidad que se detalla en la Tabla 1.

**Tabla 1. Inserción social y fracciones de clase de productores de cacao en Zapallo**

Tipología de inserción social y fracciones de clase		% (n=100)
Inserción de clase	Total	100,0
	Gran empresario cacaotero de exportación directa	4,0
	Mediano productor cacaotero	25,0
	Pequeño productor con tierra	40,0
	Empleado con tierra	19,0
	Operario de finca que alquila tierra para trabajarla	9,0
	Comerciante formal acopiador	1,0
	Pequeño comerciante transportista	2,0
Fracciones de clase	Total	100,0
	Gran empresario cacaotero de exportación directa	4,0
	Mediano productor cacaotero	25,0
	Pequeño productor con tierra	40,0
	Empleado con tierra	28,0
	Comerciantes	3,0

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de campo (2021).

## Perfiles epidemiológicos 1 y 2. La máxima vulnerabilidad

En la base de la cadena productiva se encuentran los perfiles que encarnan la máxima vulnerabilidad: el Pequeño Productor Chachi (Perfil 1) y el Operario de finca sin tierra (Perfil 2). Su existencia se enmarca en una lógica social donde, como se observó en campo, “el más apto [...] sobrevive y se aprovecha del otro”, entendiéndose por “el otro” precisamente “al anciano, al analfabeto, al indígena”. El Productor Chachi, trabajando en una unidad de subsistencia (0-1 ha), se define por ingresos que no superan los USD 190 mensuales y los niveles más bajos de escolaridad (93,8% con solo educación primaria), lo que condiciona su acceso a información técnica (Zumárraga Suárez, 2025). Su exposición a riesgos ocupacionales es directa y constante, pues manipula agroquímicos sin el Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado, una práctica vinculada a intoxicaciones agudas y crónicas (Wesseling et al., 2001). Sus condiciones de habitabilidad agravan esta vulnerabilidad: el 100% de la población estudiada carece de acceso a agua potable y un 18,8% de los hogares indígenas vive en hacinamiento (Zumárraga Suárez, 2025).

Por su parte, el Operario de finca sin tierra vive la salud desde la precariedad laboral. Como jornalero, su ingreso depende de un trabajo temporal e inestable, a menudo por debajo del salario mínimo, y carece de afiliación a la seguridad social (Zumárraga Suárez, 2025). Aunque comparte la exposición a agrotóxicos, su perfil de salud está fuertemente marcado por el desgaste físico extremo, con largas jornadas que derivan en fatiga crónica y una alta incidencia de trastornos musculoesqueléticos (García-Ruiz, González-López y Mendoza-Cano, 2022). Cuando la precariedad

económica es la condición de base, ¿es el ‘no uso’ de EPP una elección individual o una consecuencia inevitable del sistema? Ambos perfiles demuestran cómo la pobreza y la marginación se traducen directamente en cuerpos enfermos, con un cuadro clínico dominado por afecciones dermatológicas, problemas respiratorios, dolores articulares y un acceso casi nulo a servicios de salud resolutivos (Zumárraga Suárez, 2025).

## Perfiles epidemiológicos 3 y 4. El desgaste físico del productor campesino

Los pequeños productores con tierra (1-5 ha) y los medianos productores (5-20 ha) conforman un estrato intermedio, con mayor capital productivo e ingresos familiares situados en rangos medios (entre USD 361 y 680). Sin embargo, su principal carga de enfermedad no se relaciona con la exposición química aguda, sino con el desgaste físico crónico. La investigación reveló que el 50% de los pequeños productores trabajan más de 8 horas diarias, y el MCA mostró una fuerte asociación de este grupo con la realización de movimientos repetitivos y la carga manual de sacos con pesos superiores a los 23 kg (Zumárraga Suárez, 2025; OIT, 2019). Como resultado, presentan una elevada incidencia de trastornos musculoesqueléticos, con dolores concentrados en la zona lumbar y sacra de la espalda. Este dolor es a menudo normalizado como una consecuencia inevitable del trabajo agrícola, un fenómeno común donde, como señala la OIT, las dolencias ergonómicas son una de las principales causas de morbilidad, pero se subestiman por trabajadores y sistemas de salud (OIT, 2019). Si la viabilidad de la producción de cacao descansa sobre el agotamiento físico de sus productores, ¿podemos realmente hablar de un sistema sostenible?

### **Perfil epidemiológico 5. Del capital al riesgo psicosocial**

En el extremo opuesto, el Gran productor (+20 ha) evidencia la complejidad de la determinación social de la salud. Este perfil, con ingresos superiores a USD 1 000 y educación de tercer nivel, logra externalizar el riesgo físico y químico directo al delegar las labores de mayor peligro a trabajadores contratados. Sin embargo, desarrolla un cuadro patológico distinto, derivado de la internalización de las presiones del sistema. Los datos muestran una alta prevalencia de estrés crónico (50%) y dolores de espalda (75%), los cuales no se derivan del esfuerzo físico, sino de la carga psicosocial asociada al rol gerencial: la presión por la productividad, la gestión laboral y la volatilidad del mercado. ¿Qué revela sobre un sistema productivo el hecho de que incluso sus actores dominantes manifiesten su éxito a través de patologías como el estrés crónico? Este perfil demuestra que el modelo es, en su esencia, patogénico para toda la estructura social (Zumárraga, 2025).

### **Perfiles epidemiológicos 6 y 7. Los penúltimos eslabones de la circulación**

Finalmente, los perfiles del intermediario (Perfil 6) y del transportista (Perfil 7) revelan que los riesgos del sistema se extienden a toda la cadena de valor (Zumárraga Suárez, 2025). Aunque no trabajan directamente la tierra, su salud se ve afectada por la inestabilidad económica, la carga física considerable en la manipulación de sacos, y los trastornos ergonómicos derivados de las largas horas de conducción en posturas forzadas (García-Ruiz, González-López y Mendoza-Cano, 2022).

La aplicación del sistema HACCP en la cadena productiva permitió identificar y evaluar 35 peligros potenciales. De estos, se determinaron cuatro como significativos, exigiendo medidas de control específicas. El análisis estableció como Punto Crítico de Control (PCC) la etapa de fermentación para el control biológico de *Salmonella sp.*, dado que la temperatura del proceso es la única barrera efectiva para reducir este patógeno. Asimismo, se identificaron como Puntos de Control (PC) la gestión de Cadmio (en la preparación del suelo y almacenamiento) y Aflatoxinas (en el secado y almacenamiento), requiriendo medidas preventivas estructurales más allá de las buenas prácticas agrícolas estándar. Estos hallazgos confirman que la inocuidad no es solo un problema técnico, sino una consecuencia de las condiciones de infraestructura y manejo en el territorio.

### **Discusión: La determinación social de las diferencias en salud en un recinto cacaotero**

Los resultados presentados no son una mera descripción de patologías según los niveles socioprofesionales de los actores involucrados en la cadena productiva cacaotera, sino la evidencia empírica de un proceso de determinación social de la salud, donde el modelo productivo opera como un potente generador de inequidades. A diferencia de un enfoque en “determinantes” que enumera factores de riesgo, la “determinación” se entiende aquí como el proceso generativo que moldea la vida social y, con ella, la salud colectiva (Breilh, 2003). La existencia de siete perfiles epidemiológicos diferenciados en Zapallo confirma que las “diferencias” en salud no son aleatorias; responden a la lógica del sistema que denominé “Carnibalismo Agrícola del Capital” (Zumárraga Suárez, 2025), el cual distribuye de manera desigual no solo la riqueza, sino también la enfermedad, el desgaste y la muerte. Este modelo, al priorizar la

**Tabla 2. Perfiles epidemiológicos en la cadena de cacao dentro del recinto Zapallo**

N.º	Nombre del Perfil Epidemiológico	Tipo de actor
1	Pequeño Productor Chachi	Actor directo – Trabajador Agrícola
2	Operario de finca de cacao sin tierra	
3	Pequeño productor y operario de finca que posee de 1 a 5 hectáreas	
4	Mediano productor que posee de 5 a 20 hectáreas	Actor indirecto – Dueños del predio agrícola
5	Gran productor que posee de 20 a 200 hectáreas	
6	Intermediario piquero e intermediario acopiador	Actor indirecto – intermediario, transportista y comerciante
7	Transportista y comerciante	

Fuente y elaboración propia.

acumulación del capital redefine la relación sociedad-naturaleza, tratando a ambas como meros insumos o receptores de desechos (Altvater, 2007). ¿Es posible, entonces, concebir una “salud rural” sostenible sin cuestionar y transformar radicalmente el modelo de producción agrícola que la subyace? La epidemiología crítica, marco de este estudio, sostiene que para comprender la salud es imperativo analizar “los procesos generativos de los modos de vida, las relaciones sociales, lo sociohistórico, y las relaciones y el metabolismo sociedad-naturaleza” (Breilh, 2003). Por tanto, los perfiles epidemiológicos de Zapallo deben ser interpretados como la encarnación de una historia de despojo y de un modelo que es, en su esencia, patogénico.

Desde la epidemiología crítica, este fenómeno se comprende articulando tres niveles dialécticamente interrelacionados: el general (el modo de producción), el particular (los modos de vida de los grupos sociales), y el singular (los estilos

de vida y la expresión corporal)<sup>3</sup> (Breilh, 2003). En Zapallo, el modelo agroexportador capitalista (nivel general), moldeado por la historia de reformas agrarias fallidas y políticas neoliberales, impone modos de vida diferenciados según la fracción de clase (nivel particular): el operario sin tierra (Perfil 2) vive la precariedad de la jornalización; el mediano productor (Perfil 4), la presión del mercado y el desgaste físico; y el gran productor (Perfil 5), las exigencias de la acumulación. Cada modo de vida condiciona estilos y prácticas de cuidado (nivel singular) que culminan en los perfiles de salud documentados, como la dieta deficiente del operario o el estrés crónico del gran productor (Zumárraga Suárez, 2025).

Este análisis permite abordar la “diferencia” y la “interculturalidad” superando su apropiación

<sup>3</sup> Los *modos de vida* están vinculados a determinaciones estructurales (historia, territorio, clase, modelo productivo), mientras que los *estilos de vida* reflejan cómo esas condiciones se materializan en prácticas concretas de consumo, ocio, alimentación y cuidado de la salud. Ambos niveles se interrelacionan y permiten explicar la desigual distribución de la salud y la enfermedad en Zapallo.

pragmática que la convocatoria de esta revista crítica (Rojas Rajs, Covarrubias López, Reyes Soriano, y Lozano Daza, 2025). La mayor carga de enfermedad en el productor Chachi (Perfil 1) no es un rasgo cultural ni un problema de “diversidad”; es la manifestación de una injusticia socioambiental, una violencia estructural que lo sitúa en la posición más vulnerable del sistema (Zumárraga Suárez, 2025). Un enfoque de salud hegemónico, funcionalista, se limitaría a tratar los síntomas —las afecciones en la piel, los problemas respiratorios— termina reproduciendo lógicas hegemónicas y despolitizando el padecimiento (cfr. Breilh, 2003).

Es fundamental adoptar un enfoque intercultural que reconozca la especificidad del pueblo Chachi, habitantes ancestrales de la zona (Cayapas). Su cosmovisión no separa la producción de la reproducción de la vida; posee un vasto conocimiento etnobotánico y prácticas de medicina tradicional que históricamente han garantizado su subsistencia. Sin embargo, la imposición del modelo agroindustrial ha erosionado estas prácticas, forzando una transición traumática de una economía de autosustento (caza, pesca, recolección) hacia una dependencia del mercado cacaotero.

La interacción con poblaciones no indígenas (mestizos y afrodescendientes) y actores comerciales se da en condiciones de asimetría de poder, donde los saberes ancestrales Chachi son desvalorizados frente a la “técnica” moderna. Esta violencia epistémica y económica los confina a los eslabones más precarios de la cadena, exacerbando su vulnerabilidad ante los riesgos del monocultivo.

Por lo tanto, los hallazgos demuestran la insuficiencia de las intervenciones de salud pública que no abordan las causas estructurales. Las campa-

ñas que promueven el uso de EPP, por ejemplo, resultan ineficaces si no se transforman las relaciones de poder que impiden al productor acceder a un precio justo que le permita costear dichos equipos (Zumárraga Suárez, 2025). El problema no es solo la falta de información, sino la falta de soberanía. Esta investigación asume un “compromiso-acción” (Fals-Borda, 2009), entendido como la disposición del investigador que renuncia a ser un simple espectador para poner su pensamiento al servicio de una causa transformadora. Esta constatación nos obliga a movernos del diagnóstico a la praxis: si la enfermedad es producida socialmente, la salud debe ser construida colectivamente. Esto sienta las bases para la necesidad de una propuesta de desarrollo rural que no sea meramente técnica, sino profundamente política y emancipadora.

### **Propuesta “Programa Cacao 4S”: Hacia una política de salud y soberanía, justa y sostenible**

Frente al diagnóstico de un sistema que produce enfermedad y exclusión,<sup>4</sup> esta investigación culmina en su fase praxiológica: el diseño de una propuesta de desarrollo rural emancipador denominada “Programa Cacao 4S” (Zumárraga Suárez, 2025; Wesseling, Aragón, Castillo, Corriols, Chaverri y De La Cruz, 2001). Este modelo se fundamenta en la restitución de cuatro principios esenciales, cuya pérdida ha sido identificada como la causa estructural de la crisis en Zapallo: Sostenibilidad, entendida como una producción libre de deforestación, de agrotóxicos y de prácticas agrícolas que afectan la vida y la salud de los suelos que asegure ingresos justos y cuide el ambiente;

<sup>4</sup> Como se abordó en este artículo, el sistema no solo afecta la salud de los seres humanos sino también del medioambiente, por ejemplo en la calidad de los suelos, del aire y del agua, la biodiversidad, el almacenamiento de carbono, etc.

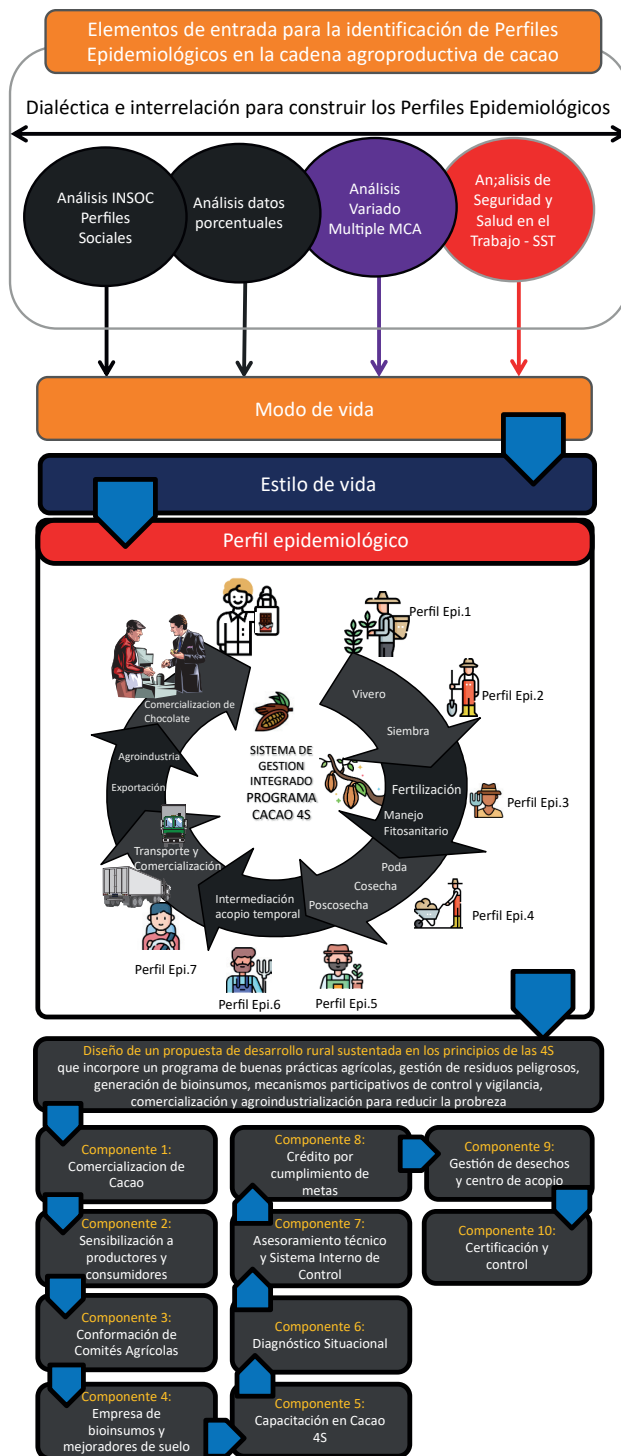
Solidaridad, orientada al crecimiento mancomunado de la comunidad mediante la acción colectiva y un Sistema Interno de Control (SIC); Bioseguridad, que garantice la calidad, la inocuidad y la trazabilidad del producto; y Soberanía, que asegure que el modelo sea construido de forma participativa por los actores del territorio, no impuesto (Zumárraga Suárez, 2025). La propuesta, por tanto, transita desde el enfoque productivo antropocéntrico del capital hacia uno biocéntrico, que sitúa la vida y el equilibrio ecosistémico en el centro de la acción (Levins y Lewontin, 1985).

La operacionalización de este programa no es hipotética; se canaliza a través de la Fundación Clúster Cacao y Chocolate del Ecuador (FCCCHE) en 2021, una entidad legalmente constituida durante esta investigación que agrupa a actores de toda la cadena para articular una gestión integral y participativa, incluyendo expertos técnicos y científicos como exportadores y transformadores de cacao. Ahora bien, ¿cómo materializar una visión tan integral en un territorio marcado por la desconfianza y la fragmentación social? La respuesta yace en su implementación a través de diez componentes estratégicos y articulados, que se describen a continuación.

### 1. Comercialización de “Cacao 4S”: Rompiendo el nudo de la intermediación

El primer componente aborda la precaria situación económica de los productores, causada por una cadena de intermediación que atomiza el valor en el primer eslabón y fomenta una lógica de competencia individual donde “cada quien jala agua para su propio molino” (Zumárraga, 2025). Para revertirlo, se propone crear una entidad comercializadora vinculada a la FCCCHE que operará bajo principios de comercio justo, garantizando un pago diferenciado por calidad y cumplimiento

**Figura 1. Esquema de identificación de perfiles epidemiológicos y propuesta de desarrollo rural 4S**



Fuente: Elaboración propia basada en Zumárraga Suárez (2025).

de certificaciones (BPA, ISO 34101). Esta entidad implementará una estrategia de fidelización con pagos justos y transparentes, y una Unidad de Planificación orientará la producción según la demanda del mercado para superar la venta reactiva. Este componente funciona como el motor económico de la propuesta, indispensablemente articulado con los demás ejes para reconfigurar las relaciones de poder en el territorio.

## 2. Sensibilización a productores y consumidores

Este componente es crucial para construir la base social del programa mediante una estrategia de comunicación multifacética. Por un lado, se busca concienciar al productor sobre los beneficios directos del modelo 4S en su economía, salud y acceso a mercados de mayor valor. Por otro lado, la campaña busca educar al consumidor sobre las externalidades negativas del cacao convencional —como la precariedad laboral y los riesgos de residuos de pesticidas—, posicionando al “Cacao 4S” como una garantía de salud y justicia. El objetivo final es fomentar una cultura de responsabilidad, donde el productor se compromete con la calidad y el consumidor se convierte en un actor vigilante (un “consumiactor”), capaz de ser selectivo y denunciar malas prácticas.

## 3. Conformación de Comités Agrícolas

Para anclar el programa en el territorio, fomentar la gobernanza local y superar el fracaso de los modelos de desarrollo impuestos verticalmente, se propone la creación de Comités Agrícolas dentro de cada Junta Parroquial que se adhiera al programa. Aprovechando las mayores competencias y recursos que las nuevas normativas de descentralización otorgan a las Juntas Parroquiales, estos comités funcionarán como el nexo articulador entre las necesidades de los productores y la es-

tructura de la FCCCHE. Conformados por líderes de las asociaciones de base y presididos por un técnico local, su función clave será alinear las acciones del programa con los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDyOT) locales y actuar como un espacio para la toma de decisiones colectivas. Su diseño, que exige la participación directa de las bases, busca convertirlos en el pilar de la soberanía territorial del programa.

## 4. Empresa de bioinsumos y mejoradores de suelo

Este componente ataca la dependencia tecnológica y los riesgos para la salud ambiental y humana derivados de un mercado de insumos desregulado, que ha provocado un “uso inadecuado de agroquímicos, desconfianza, desgaste de suelos, [e] intoxicaciones” (Zumárraga, 2025). Para contrarrestar esto, se impulsa la creación de una organización local dedicada a la fabricación y comercialización de bioinsumos y mejoradores de suelo orgánicos (Marchive, 2024). Esta entidad fomentará un modelo de economía circular, utilizando los residuos de las fincas para producir compost y bioles. A diferencia de las tiendas convencionales, ofrecerá asesoría técnica responsable y gratuita con cada compra y distribuirá Equipos de Protección Personal (EPP), promoviendo un enfoque de producción biocéntrico (Lefebvre, 2013). La clave para ganar la confianza de los productores será demostrar resultados visibles en campo y construir una relación basada en el acompañamiento y la salud.

## 5. Capacitación en Cacao 4S

Este componente es el pilar para la construcción de soberanía tecnológica y el fortalecimiento del capital humano local. Reconociendo que muchas capacitaciones previas han fracasado por su en-

foque asistencialista y falta de constancia, el programa implementa un modelo de formación en dos niveles. El primero es un curso de “Formador de Formadores”, diseñado para crear una masa crítica de talento local. En este curso se preparan técnicos de la FCCCHE, representantes de los Comités Agrícolas y, crucialmente, líderes de las propias asociaciones de base (promotores de campo), en módulos que abarcan desde producción biocéntrica, Determinación Social de la Salud y pensamiento crítico, hasta normativas técnicas como BPA, producción orgánica e ISO 34101 (Zumárraga, 2025).

El segundo nivel son las Escuelas de Campo (ECA), que constituyen el principal vehículo para la transferencia de conocimiento a los productores. A diferencia de las charlas tradicionales, las ECA emplean metodologías andragógicas y participativas como el “aprender haciendo”, con un 60%-70% de contenido práctico desarrollado en las propias fincas de los participantes. Estas escuelas no solo enseñan técnicas agrícolas; se convierten en espacios de diálogo de saberes, donde el conocimiento técnico se entrelaza con la experiencia campesina. Más allá de la transferencia de conocimiento técnico, ¿cómo puede el modelo de Escuelas de Campo convertirse en un espacio para la reconstrucción del tejido social y la acción política colectiva? Al formar a los propios productores como promotores y auditores, se fomenta una red de apoyo mutuo y se sientan las bases para una gestión autónoma y sostenible del conocimiento (Zumárraga, 2025).

## 6. Diagnóstico situacional

Para asegurar que la intervención sea pertinente, este componente establece un diagnóstico situacional o línea base en cada asociación. Realizado

por el equipo técnico junto a promotores locales, este proceso funciona como una auditoría inicial que utiliza una lista de verificación estandarizada (BPA, ISO 34101) para evaluar las condiciones de cada predio. El resultado es un informe detallado que identifica las brechas y necesidades específicas, cuya información se sistematiza en una Base de Datos Única para monitorear el avance del programa. Al involucrar a los promotores de la propia asociación, el diagnóstico se transforma de una fiscalización a un acto de autoevaluación y toma de conciencia colectiva, sirviendo como punto de partida para un plan de mejora codiseñado entre los diferentes agricultores de una misma asociación (Zumárraga, 2025).

## 7. Asesoramiento técnico y sistema interno de control (SIC)

Para asegurar la adopción de nuevas prácticas, este componente establece un asesoramiento técnico permanente a través de un Equipo Asesor tripartito: un técnico de la FCCCHE, un técnico del Ministerio de Agricultura y, fundamentalmente, un promotor de la propia asociación. Este último, formado en las Escuelas de Campo (ECA), garantiza un acompañamiento cercano y culturalmente pertinente. El eje de este proceso es el establecimiento de un Sistema Interno de Control (SIC), un sistema de aseguramiento de calidad gestionado por la propia organización que le permite realizar las inspecciones internas para la certificación. Este mecanismo es clave porque reduce drásticamente los costos y la complejidad logística para los pequeños productores, funcionando a la vez como una escuela de autogestión y responsabilidad colectiva que fortalece la sostenibilidad del sistema a largo plazo (Zumárraga, 2025).

## 8. Crédito por cumplimiento de metas

Este componente aborda la exclusión financiera de los pequeños productores mediante un innovador sistema de crédito por cumplimiento de metas. El acceso al financiamiento no es inmediato, sino que se condiciona al avance verificable del productor en la implementación de normativas de calidad y sostenibilidad (p. ej., un 60% en BPA), convirtiendo el crédito en un incentivo para la transformación. Los fondos se destinan a mejoras de infraestructura necesarias para la certificación y son gestionados en convenio con entidades financieras locales, cuya participación se facilita gracias a la validación técnica que ofrece la FCC-CHE. Para evitar la exclusión de los más vulnerables, este mecanismo se articula directamente con el componente de asesoría técnica, que debe asegurar que todos los productores reciban el apoyo necesario para alcanzar las metas requeridas (Zumárraga, 2025).

## 9. Gestión de desechos y centro de acopio

Este componente ataca dos externalidades críticas: la crisis sanitaria por residuos peligrosos no gestionados en el pasado y la pérdida de valor (calidad, inocuidad y trazabilidad) por una poscosecha deficiente. Primero, para abordar la gestión de residuos que provoca “degeneración de suelos, contaminación de aguas [...] intoxicaciones agudas y crónicas, [y] muertes” (Zumárraga, 2025), se propone un sistema de responsabilidad compartida. Este incluye centros de acopio temporales en las Juntas Parroquiales y una política que exige a los productores la devolución de envases (con triple lavado) para poder comprar nuevos insumos, coordinando la disposición final con gestores ambientales. Segundo, para agregar valor y garantizar la bioseguridad, se impulsa un centro de acopio y poscosecha tecnificado. Este permiti-

rá procesos de fermentación y secado controlados, un paso crucial para mitigar los riesgos de *Salmonella* y aflatoxinas identificados en el análisis HACCP y asegurar la inocuidad del grano desde el origen (Silva, 2005).

## 10. Certificación y control

Este componente es la culminación del programa, formalizando los esfuerzos de los productores para abrir las puertas a “mercados premium”. El proceso es colaborativo y se articula a través del Sistema Interno de Control (SIC), donde la propia asociación, supervisada por un Auditor SIC local, gestiona las inspecciones internas antes de la auditoría externa final. Este modelo, fundamental para la inclusión, democratiza el acceso a la certificación al reducir significativamente sus costos y burocracia. Al internalizar la inspección y fortalecer la autogestión, el SIC se convierte en una herramienta de soberanía que permite a las comunidades ser protagonistas de su propio proceso de certificación.

En su conjunto, el “Programa Cacao 4S” representa un modelo de política pública territorial que va más allá del asistencialismo. No se trata de entregar insumos, sino de construir capacidades, gobernanza y autonomía, buscando una soberanía real a través de la justicia económica y el cuidado de la salud colectiva y ambiental como eje central del desarrollo (Zumárraga, 2025).

## Impacto estructural y transformación de perfiles epidemiológicos

La implementación del Programa Cacao 4S no debe entenderse como una sumatoria de proyectos aislados, sino como un sistema articulado de intervención estructural diseñado para modificar

los determinantes sociales de la salud en el territorio. La interconexión de sus diez componentes busca dismantlar los mecanismos que reproducen la inequidad y la enfermedad en Zapallo.

Por un lado, la Comercialización Directa (Componente 1) y el Crédito por Metas (Componente 8) atacan la asimetría económica, permitiendo que el valor agregado retorne al productor y rompa el ciclo de pobreza que sustenta la vulnerabilidad sanitaria y la malnutrición. Por otro lado, la transición hacia Bioinsumos (Componente 4) y la Capacitación en Seguridad (Componente 5) inciden directamente en la transformación de los perfiles epidemiológicos identificados. Al sustituir progresivamente los agrotóxicos por insumos orgánicos y tecnificar el manejo del cultivo, se proyecta una reducción significativa de las intoxicaciones agudas y crónicas que hoy caracterizan al ‘Perfil de Máxima Vulnerabilidad’ (productores Chachi y jornaleros).

Finalmente, la gobernanza local por medio de los Comités Agrícolas (Componente 3) y el Sistema Interno de Control (Componente 7) restituye la soberanía política y técnica, permitiendo que la comunidad pase de ser un sujeto pasivo de políticas externas a un actor protagónico capaz de gestionar su propia salud y desarrollo.

## Conclusiones

Esta investigación demostró que las “diferencias” en el proceso salud-enfermedad entre los actores de la cadena de cacao en Zapallo no son el resultado de factores aislados, sino la consecuencia directa de un modelo productivo hegemónico, el “Canibalismo Agrícola del Capital”, que genera enfermedad y degradación socioambiental de manera estructural (Zumárraga, 2025). La evidencia empírica, materializada en la caracterización de

siete perfiles epidemiológicos diferenciados, confirma que la salud no puede ser entendida fuera de las relaciones de poder, la historia del territorio y la lógica de acumulación que la determinan (Breilh, 2003). El estudio ha logrado “trascender una explicación simplista de los problemas de salud o de producción para demostrar que estos son, en realidad, la expresión de un sistema interconectado de procesos destructivos” (Zumárraga, 2025). Los padecimientos identificados —desde la exposición a agrotóxicos y el desgaste ergonómico en la base de la cadena, hasta el estrés psicosocial en sus eslabones gerenciales— no son eventos fortuitos, sino la encarnación de la inequidad. Se valida así empíricamente el postulado central de la epidemiología crítica, demostrando que la salud colectiva no es un fenómeno aislado, sino un reflejo directo de la estructura social y de las políticas públicas implementadas en el territorio.

El principal aporte empírico del estudio es la caracterización de siete perfiles epidemiológicos diferenciados, los cuales evidencian que la vulnerabilidad y el riesgo se distribuyen siguiendo las fracturas de clase, educación, etnia y tenencia de la tierra. Este hallazgo trasciende un simple diagnóstico sanitario para constituirse en una prueba de la injusticia social que subyace en el sistema agroalimentario. Que un grupo social (Perfiles 1 y 2) sufra de exposición a tóxicos y desgaste físico extremo mientras otro (Perfil 5) somatiza las presiones del capital en forma de estrés crónico no es una casualidad, sino el resultado de un sistema que asigna cuerpos a funciones y a padecimientos específicos. Se constató que un enfoque de salud convencional, centrado en factores de riesgo, es insuficiente para transformar una realidad donde la propia organización del trabajo es la que produce la patología. Dicho enfoque despolitiza la enfermedad, la reduce a un problema de conducta individual y, lejos de ser una herramienta de

cambio, se convierte en una herramienta de hegemonía y mediatización (cfr. Breilh, 2003). Este estudio adopta una ciencia situada, crítica y transdisciplinaria, adecuada para articular evidencia cuantitativa con determinaciones históricas y sociales del territorio.

Frente a este diagnóstico crítico, se presentó el “Programa Cacao 4S” como una alternativa contrahegemónica y, fundamentalmente, praxiológica. No se trata de una recomendación abstracta, sino de la materialización del “compromiso-acción” (Fals-Borda, 2009) que exige la ciencia crítica al cual añadiríamos la transformación de las prácticas y del territorio. Más que un proyecto, se propone como un modelo de política pública territorial que busca dismantelar las causas estructurales del problema a través de la restitución de la Sostenibilidad, la Solidaridad, la Bioseguridad y la Soberanía. Su viabilidad no es meramente teórica; se ancla en una estructura organizativa concreta, la Fundación Clúster Cacao y Chocolate del Ecuador (FCCCHE), legalmente constituida en 2021 como resultado directo de esta investigación. Este paso crucial transforma el estudio de un ejercicio académico a una plataforma para la acción social y ambiental, uniendo de manera indisoluble la investigación y la emancipación.

En definitiva, este estudio de caso aporta al debate de la salud colectiva en varias dimensiones. Teóricamente, valida empíricamente el marco de la determinación social de la salud en un contexto agroalimentario y ofrece el concepto de “Carnibalismo agrícola del capital” como herramienta analítica. Empíricamente, presenta una detallada cartografía de la inequidad a través de los siete perfiles epidemiológicos. Y en términos praxiológicos, responde directamente al llamado por construir alternativas que superen los discursos hegemónicos, ofreciendo un modelo de intervención integral y ya en marcha. Se concluye que avanzar hacia sistemas agroalimentarios justos y saludables exige un enfoque que articule la salud pública con la soberanía alimentaria, la justicia ambiental y el fortalecimiento de la acción colectiva (Lefebvre, 2013). Como demuestra esta investigación, “la salud en los territorios rurales no puede ser desligada de la justicia social y ambiental” (Zumárraga, 2025); la enfermedad y el sufrimiento de los productores de cacao no son un destino inevitable, sino el resultado de un sistema históricamente construido que puede y debe ser transformado.

## Referencias bibliográficas

- ALTVATER, E. (2007). “¿Existe un marxismo ecológico?” En: *A teoría marxista hoje: Problemas y perspectivas*. Buenos Aires: CLACSO.
- BREILH, J. (2003). *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- BUNGE, M. (1972). *Teoría y realidad*. Barcelona: Ariel.
- FALS-BORDA, O. (2009). *Una sociología sentipensante para América Latina*. Bogotá: Siglo del Hombre / CLACSO.
- GARCÍA-RUIZ, A., GONZÁLEZ-LÓPEZ, J. y MENDOZA-CANO, O. (2022). “Musculoskeletal disorders among agricultural workers in developing countries. A systematic review”. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 19, Núm. 2: 78.

- GEORGE, S. (1976). *How the Other Half Dies: The Real Reasons for World Hunger*. Montclair, N.J.: Allanheld, Osmun.
- HARVEY, D. A. (2005). *Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA LUCIO, P. (2018). *Metodología de la investigación*, 6.<sup>a</sup> ed. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC). (2024). *Encuesta de Superficie y Producción Agropecuaria Continua (ESPAC)*. Quito: INEC.
- LEFEBVRE, H. 2013. *La producción del espacio*. Madrid: Capitán Swing.
- LEFF, E. (1994). *Ecología y Capital: La Racionalidad Ambiental, Crítica de la Racionalidad Tecnológica*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- LEVINS, R. y LEWONTIN, R. (1985). *The Dialectical Biologist*. Cambridge: Harvard University Press.
- MARCHIVE, L. (2024). Effet des intrants biologiques sur les rendements et le transfert du cadmium dans le système sol-plante lors de la production de cacao biologique en Équateur et Côte d'Ivoire. [Thèse de doctorat]. Université de Toulouse. <https://theses.hal.science/tel-05063779v1>
- NORTH, L. (1985). "Implementación de la política económica y la estructura del poder político en el Ecuador". En: Lefebvre, L. (ed.) *Economía política del Ecuador: Campo, región, nación*. Quito: Corporación Editora Nacional / FLACSO / York University.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). (2019). *La seguridad y salud en el trabajo en el sector agrícola*. Ginebra: OIT.
- PENGUE, W. (2000). "La apropiación y el consumo de energía en los agrosistemas". En *El Desarrollo Sustentable: Un Reto al Neoliberalismo*, editado por Roberto Guimarães, 127-148. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- SANMARTÍN, R. (2000). "La entrevista en el trabajo de campo". *Revista de Antropología social*, vol. 9: 105-126.
- SILVA, L. C. (2005). "La autorreforma de la epidemiología". *Cuadernos de Saúde Pública*, vol. 21, Núm. 1: 319-231.
- TAYLOR, S. J., BOGDAN, R. (1997). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- WAITZKIN, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- WESSELING, C., ARAGÓN, A., CASTILLO, L., CORRIOLS, M., CHAVERRI, F, DE LA CRUZ, E., et al. (2001). "Pesticide poisonings in Costa Rica". *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 7, Núm. 4: 277-285.
- ZUMÁRRAGA SUÁREZ, H. (2025). "Estudio crítico del impacto en la salud colectiva del sistema de producción de cacao (*Theobroma cacao*) y propuesta de un modelo de producción sostenible, soberana, solidaria y biosegura para implementar en el recinto Zapallo (provincia de Esmeraldas)". [Tesis doctoral]. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

# Prácticas médicas y experiencias de atención en torno al VIH: un acercamiento etnográfico a la consulta médica en las Clínicas Condesa (CDMX)

---

Mónica Paulina Hernández Leyva\* • Alicia Piñeirúa Menéndez\*\*

---

## RESUMEN

Este artículo analiza, desde un enfoque etnográfico, las prácticas médicas y las experiencias de atención en la consulta clínica de las Clínicas Especializadas Condesa en la Ciudad de México, instituciones de referencia nacional en la atención integral del VIH. A partir de 150 horas de observación con siete médicos tratantes, se examinan las dinámicas de interacción médico–paciente, la centralidad de los indicadores biomédicos, el papel de la institución y la manera en que género, sexualidad y estigma configuran la atención. Los hallazgos muestran que la consulta no puede entenderse únicamente como un proceso técnico, sino como un espacio atravesado por relaciones de poder, resistencias y negociaciones donde se producen subjetividades y se redefinen las formas de cuidado. Se concluye que, aunque la biomedicina estructura fuertemente el encuentro clínico, existen márgenes de agencia que permiten a las personas usuarias y al personal de salud disputar y resignificar el sentido de la atención.

**PALABRAS CLAVE:** VIH, atención médica, etnografía, estigma, relaciones médico–paciente.

## *Medical practices and care experiences related to HIV: an ethnographic approach to medical consultations at the Condesa Clinics (Mexico City)*

## ABSTRACT

This article analyzes, from an ethnographic perspective, the medical practices and care experiences within clinical encounters at the Condesa Specialized Clinics in Mexico City, national reference institutions for comprehensive HIV care. Based on 150 hours of observation with seven attending physicians, the study examines the dynamics of doctor–patient interaction, the centrality of biomedical indicators, the institutional framework, and the ways in which gender, sexuality, and stigma shape care. Findings

\* Jefa de la Oficina de Promoción y Prevención de la Salud (PROPRESA). UAM-X. Correo electrónico: [monica.leyva@cisidat.org.mx](mailto:monica.leyva@cisidat.org.mx)

\*\* Investigadora Asociada en el Instituto Nacional de Salud Pública y presidenta del secretariado del Consorcio de Investigación en Salud. Correo electrónico: [aliciapina@yahoo.co.uk](mailto:aliciapina@yahoo.co.uk)

**Fecha de recepción:** 29 de septiembre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 10 de diciembre de 2025.

reveal that the consultation cannot be understood solely as a technical process but rather as a space shaped by power relations, resistances, and negotiations, where subjectivities are produced, and forms of care are redefined. The article concludes that although biomedicine strongly structures the clinical encounter, margins of agency exist through which users and health professionals contest and resignify the meaning of care.

**KEYWORDS:** HIV, medical care, ethnography, stigma, doctor–patient relationships.

## Introducción

En México, la epidemia del VIH sigue siendo un desafío central para la salud pública y se encuentra profundamente atravesada por desigualdades sociales (Bronfman et al., 2020). Aunque el país ha adoptado una política de acceso universal y gratuito a los tratamientos antirretrovirales, persisten brechas importantes de atención que se manifiestan en diagnósticos tardíos, demoras para iniciar tratamiento y dificultades para sostener la adherencia, con efectos diferenciados según el contexto socioeconómico, la localización geográfica y las condiciones de vida de las personas (Recoder, 2011; CONEVAL, 2020; CENSIDA, 2023). Estas inequidades impactan de manera especial a personas que viven en contextos de alta marginación, quienes enfrentan obstáculos adicionales derivados del estigma, la precariedad y la falta de servicios culturalmente sensibles.

En términos epidemiológicos, la Ciudad de México concentra la mayor proporción de personas que viven con VIH en el país, en este contexto surgieron las Clínicas Especializadas Condesa, cuyo origen no responde únicamente al incremento de los casos o a la necesidad institucional de ampliar la capacidad de atención, fue sobre todo por la demanda histórica de organizaciones civiles, activistas y personas aliadas que durante años exigieron espacios de atención digna, accesible y

especializada. La creación de estas clínicas representó, la materialización de una larga lucha por el reconocimiento de derechos y por la garantía de servicios integrales para quienes no contaban con seguridad social. Con el tiempo, tanto la Clínica Condesa como la Clínica Condesa Iztapalapa se han consolidado como referentes nacionales, por el papel que han desempeñado en la respuesta comunitaria e institucional frente a la epidemia.

Aunque las Clínicas Condesa representan un modelo innovador, ello no las exime de reproducir tensiones estructurales del sistema de salud, en especial en lo que concierne a la consulta médica, un espacio privilegiado para observar cómo, a pesar de los avances biomédicos y programáticos, las interacciones clínicas se encuentran atravesadas por la asimetría de poder, la burocracia institucional y la persistencia del estigma, factores que afectan tanto la experiencia de las personas usuarias como la eficacia del cuidado y de los significados asociados a la experiencia de vivir con VIH (Recoder, 2011; Lupton, 1998; Castro, 2011).

Desde la sociología y la antropología médica, distintos autores han mostrado que la atención clínica no puede comprenderse únicamente como un proceso técnico, es un entramado social, cultural

y político. Desde 1979, Waitzkin advirtió que la consulta médica es un espacio micropolítico atravesado por relaciones de poder y estructuras macroeconómicas. En América Latina, Recoder (2011) y Adazsko (2006) han señalado cómo las instituciones de salud reproducen desigualdades históricas en el acceso al cuidado, especialmente en relación con la atención al VIH.

De manera que, en este artículo se considera que adentrarse en los espacios clínicos, es una oportunidad para visibilizar y problematizar que las dinámicas de interacción entre médicos y pacientes, no pueden pensarse al margen de la estructura del sistema de salud, es necesario mirarlas como dinámicas que están condicionadas a través de múltiples dimensiones de la biomedicina, por ejemplo, la formación clínica de los profesionales, la organización y saturación de los servicios, las restricciones presupuestales, la normatividad institucional y la presión por indicadores de desempeño (Menéndez, 2009; Waitzkin, 1979).

Es importante acotar que, aunque las interacciones están condicionadas por la estructura del sistema de salud, esto no significa que todas las interacciones estén definidas únicamente por el ejercicio del poder biomédico. La agencia se configura en estos micro espacios, donde las personas negocian, resisten o resignifican la atención, y donde es posible identificar prácticas de escucha, empatía y acompañamiento que desbordan el marco estrictamente biomédico (Kleinman, 1988, Fassin, 2004).

Consideramos que el conocimiento biomédico no debe concebirse como un conjunto de verdades neutrales, sino como prácticas situadas que organizan modos de ver, clasificar y actuar sobre los cuerpos (Foucault, 1979; Haraway, 1988). La autoridad que se le confiere no deriva únicamen-

te de su contenido técnico, sino de su capacidad para definir qué problemas son legítimos, qué narrativas cuentan como evidencia y qué intervenciones son posibles en el marco institucional. En este sentido, la atención clínica produce realidades específicas sobre el VIH, la sexualidad y los sujetos que habitan estos servicios, al *enactuar* (Mol, 2002) categorías y expectativas que orientan las interacciones entre personal médico y personas usuarias.

Algunas investigaciones en el contexto mexicano que han abordado la relación médico paciente, aunque no siempre aplicado al VIH son las desarrolladas por Castro (2011) y Erviti (2005) en las que han documentado la violencia institucional y las formas de control simbólico en la práctica médica. A su vez Sosa Sánchez (2005) ha enfatizado la dimensión histórica del poder médico en la organización de los servicios, mientras que Ivonne Szas (2009) ha evidenciado cómo la medicalización puede funcionar como un dispositivo de control social. Estas perspectivas permiten situar la consulta como un microespacio donde se articulan lo biológico, lo institucional y lo simbólico, y donde las personas usuarias ejercen agencia al negociar, resistir o resignificar las formas de cuidado (Robles Martínez et al, 2025; Wu Q, et al, 2021).

En este sentido, se considera que la etnografía ofrece un marco privilegiado para comprender estas dinámicas, pues permite observar las rutinas, los gestos, los silencios y las formas de negociación que emergen en la interacción médico-paciente. Como señala Amuchástegui (2001), los procesos de salud y enfermedad están íntimamente ligados a los valores de una sociedad particular, y la consulta clínica se configura como un espacio donde estos valores se reproducen y, al mismo tiempo, son disputados.

En este artículo se presentan los hallazgos de un acercamiento etnográfico a la consulta médica en las Clínicas Condesa de la Ciudad de México. El objetivo principal es analizar las prácticas médicas y las experiencias de atención en torno al VIH, con el fin de comprender cómo las dinámicas institucionales, profesionales y sociales configuran la relación entre el personal de salud y las personas usuarias de los servicios.

### Metodología

Este estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo, sustentado en la tradición etnográfica, que permitió observar y analizar las dinámicas de la consulta médica en torno al VIH en las Clínicas Condesa de la Ciudad de México. El diseño etnográfico resultó pertinente para comprender las prácticas médicas y las experiencias de atención en su contexto social, institucional y cultural, recuperando tanto lo explícito —discursos, rutinas, normas— como lo implícito —gestos, silencios y negociaciones— en la interacción clínica (Weber, 1981; Gold, 1985).

El artículo se enmarca en el proyecto de investigación financiado por la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México (SECTEI) entre 2017 y 2019, titulado *Cohorte de adolescentes con VIH en la Ciudad de México: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud*, que contó con la aprobación del Comité de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), folio CI: 1525. Dicho proyecto incluyó un componente cuantitativo, basado en encuestas aplicadas a adolescentes usuarios entre 15 y 19 años y a quienes acudían a realizarse pruebas de tamizaje, y un componente cualitativo, que contempló observaciones en consulta, entrevistas semiestructuradas y notas de campo. La tesis doc-

toral de la autora se desprendió de este proyecto, y de ella deriva el presente artículo (Hernández Leyva, 2023).

Dado el objetivo de este texto, el análisis se centra en el material derivado de las observaciones en consulta con médicos tratantes de ambas clínicas. Se realizaron observaciones con un total de siete médicos (cinco en la CEC y dos en la CECI), que en conjunto sumaron aproximadamente 150 horas de interacción clínica. El grupo de profesionales incluyó tanto especialistas en enfermedades infecciosas y crónicas como médicos generales con experiencia en VIH. La mayoría tenía varios años de trabajo en las Clínicas Condesa, con edades que oscilaban entre los 30 y 50 años, e incluía tanto hombres como mujeres. En general, mostraron disposición para participar, reconociendo la importancia de la investigación, aunque algunos manifestaron limitaciones de tiempo o espacio para permitir la presencia de la investigadora en consulta.

Si bien el proyecto estaba inicialmente centrado en adolescencias, dada la relevancia de las dinámicas clínicas se decidió ampliar las observaciones más allá de esta población. De esta manera, se incluyó a todas las personas usuarias que aceptaron la presencia del equipo de investigación, lo que permitió acceder a un panorama más amplio sobre el quehacer cotidiano del personal de salud. Por ello, el análisis que aquí se presenta no se restringe exclusivamente a adolescentes, sino que recupera la diversidad de experiencias observadas.

En cada jornada de observación se solicitó la autorización previa de las personas usuarias, quienes fueron informadas acerca de los objetivos de la investigación y dieron su consentimiento para la presencia de una observadora durante la

consulta. Se garantizó la confidencialidad de sus datos y se resguardó su privacidad: en los momentos de exploración física, el personal de salud corría la cortina para impedir que la observadora presenciara procedimientos corporales íntimos. Estas medidas buscaban equilibrar el acceso al campo con el respeto a la autonomía y dignidad de los usuarios.

Las técnicas de recolección de información incluyeron la observación no participante en consultas de atención a VIH, lo que permitió documentar interacciones médico-paciente, discursos y rutinas clínicas. Aunque inicialmente se planeaba observar exclusivamente consultas con adolescentes y jóvenes, la organización de los servicios y la riqueza de los datos obtenidos motivaron la decisión de ampliar las observaciones a un espectro más amplio de personas usuarias, centrando el análisis en las interacciones clínicas y en los significados atribuidos por los actores sociales. De manera complementaria, el trabajo de campo contempló entrevistas semiestructuradas con usuarios y usuarias, además de la elaboración de notas de campo etnográficas, que sirvieron como espacio de reflexión posterior a cada jornada.

El personal médico estaba familiarizado con la presencia de terceros en la consulta, como estudiantes de pregrado en servicio social. Esta situación generó dinámicas particulares en la interacción: en los primeros encuentros algunos médicos dirigían comentarios hacia la observadora, esperando muestras de aceptación o validación frente a lo expresado a las personas usuarias. Ello implicó establecer de manera clara un rol no participante en la interacción clínica, diferenciando la labor investigativa de otras presencias habituales en el consultorio. Esta delimitación supuso un ejercicio constante de reflexividad y posicionamiento metodológico, en tanto la investigadora misma

ha sido usuaria de servicios de salud. El análisis requirió por tanto un cuestionamiento crítico sobre lo que se da por sentado como “esperado” en el espacio clínico y sobre la forma en que las experiencias previas influyen en la interpretación de los hallazgos (Cisterna, 2005; Bourdieu, 1999; Fassin, 2004)

La sistematización de la información se realizó mediante la transcripción de entrevistas y notas de campo, así como la codificación de las observaciones con apoyo del software Atlas.ti. El análisis siguió un proceso iterativo de codificación abierta, axial y selectiva, con categorías tanto deductivas como emergentes (Cisterna, 2005). Se construyeron ejes temáticos en torno a la interacción médico-paciente, las prácticas clínicas y discursos biomédicos, el estigma y la burocracia institucional, y las experiencias de agencia y resistencia de las personas usuarias. El trabajo interpretativo se sustentó en marcos de la antropología médica y la sociología de la salud.

## Resultados

### *Prácticas médicas cotidianas*

Las consultas en las Clínicas Condesa, como en muchos otros espacios clínicos, se estructuran a partir de rutinas estandarizadas que median la interacción entre el personal de salud y las personas usuarias. En el caso de estas clínicas, el inicio suele estar marcado por un saludo breve—en su mayoría formal, aunque en ocasiones más coloquial—, seguido de la revisión del expediente y la búsqueda de resultados de laboratorio. Esta secuencia introduce rápidamente al terreno biomédico, donde la carga viral y el conteo de CD4 se constituyen en marcadores centrales del encuentro, dada su relevancia para valorar el estado clínico y la eficacia del tratamiento. En la

interpretación médica, la frase más enunciada es “*están bien*”, expresión que sintetiza la condición de salud del paciente en tanto evidencia la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Cada persona que acudió a consulta estaba familiarizada con esta rutina, ya fuera en una primera atención o en una de seguimiento. En ambos casos se construye lo que Goffman denominó una “*presentación del self*” frente al personal médico, mediada por la mirada biomédica. Tanto las preguntas como las respuestas buscan configurar un perfil en el que la información relevante es aquella que se traduce en indicadores sociodemográficos y clínicos. Así, la persona usuaria se presenta como paciente, ajustando su relato a las categorías que el personal de salud considera pertinentes.

Aunque algunos médicos se mostraron empáticos y escucharon fragmentos del mundo de vida de los pacientes, la propia lógica institucional demanda que la información compartida sea transformada en variables concretas, registradas en un lenguaje técnico. Los sentidos, intensidades y orden de importancia atribuidos por cada persona a su experiencia tienden a diluirse en el proceso de registro.

En una consulta inicial, un usuario comenzó a mover insistentemente un pie, cruzó los brazos y cambió varias veces de postura antes de que la médica iniciara el interrogatorio. Su cuerpo parecía anticipar preguntas difíciles, como ocurrió cuando se abrió el apartado sobre prácticas sexuales: “*¿A qué edad inició su vida sexual? ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? ¿Actualmente tiene pareja?*”. Mientras respondía con frases cortas, movía más rápido el pie y alternaba sus manos entre el escritorio y sus piernas, evidenciando el

desajuste entre la rutina biomédica y la vivencia subjetiva del momento.

La incomodidad del usuario frente al interrogatorio contrastaba con la estrategia de la médica de mantener una actitud de calma, anotando y guiando la conversación hacia el ámbito biomédico. La “objetividad” y la “neutralidad”, asumidas como principios rectores de la práctica clínica, operan como dispositivos que transforman a los usuarios en pacientes, es decir, en receptores de conocimiento médico y no en sujetos de derechos o saberes, lo que limita la posibilidad de una interlocución dialógica.

Que sea el personal médico quien guíe la interlocución —orientando las preguntas y transformando las respuestas en variables médicas— refleja que la consulta clínica es un encuentro tipificado con normas de interacción estables. Esto se acerca a lo que Schutz (1974) denomina *anomia completa*: una forma de interacción en la que la singularidad del otro se diluye para dar paso a un curso de acción objetivado. Bajo este esquema, la individualidad se fragmenta y se reconstruye como un “sí mismo parcial”, sobre el cual se configura la interacción médico-paciente. De manera intersubjetiva, el médico construye al otro como paciente y, al mismo tiempo, se autoafirma como médico.

No obstante, las consultas no transcurren de manera homogénea. En algunos casos, hubo intentos por suavizar el carácter técnico de la interacción. Un especialista inició preguntando: “*¿Cómo te has sentido estos días? ¿Algún malestar fuera de lo común?*”. Ello permitió que el usuario relata episodios vinculados al inicio de una nueva relación de pareja. Aunque el médico redirigió después la conversación hacia la adherencia y

los estudios de laboratorio, este momento mostró cómo los usuarios buscan introducir dimensiones subjetivas en la consulta.

La adherencia al tratamiento constituyó uno de los núcleos más recurrentes del guión clínico. La pregunta “¿*Olvidaste alguna dosis?*” fue planteada a menudo en tono neutral, aunque en ocasiones adquiere un carácter correctivo: “*No puedes estar fallando, es tu salud la que está en riesgo*”. Estas intervenciones muestran cómo la adherencia al tratamiento se convierte en un eje central de la práctica clínica, estrechamente vinculado a la vida cotidiana de las personas con VIH. Al mismo tiempo, evidencian que este proceso no se limita a una dimensión técnica, sino que se enmarca en realidades sociales y laborales que condicionan las posibilidades de cumplir con las indicaciones médicas.

Estas prácticas médicas cotidianas, lejos de ser actos meramente técnicos, están atravesadas por ejercicios de poder y resistencias sutiles. La traducción de la vida íntima a categorías biomédicas convive con gestos de incomodidad, narrativas fragmentadas y silencios estratégicos, que configuran la consulta como un terreno de negociación constante entre lo clínico y lo subjetivo. En este proceso, las condiciones estructurales de la institución y del sistema de salud tienden a imponerse sobre las realidades vitales de los usuarios, responsabilizándolos individualmente del cumplimiento del tratamiento, mientras se invisibilizan las limitaciones materiales y sociales que lo condicionan.

La saturación del servicio condiciona las interacciones. El tiempo limitado para cada consulta generó un ritmo acelerado, con preguntas encadenadas y respuestas interrumpidas. En una jornada de

observación, el personal atendió a cinco usuarios en menos de una hora; la rapidez se tradujo en escasa exploración de aspectos subjetivos, privilegiando la adherencia y los resultados de laboratorio. La presión por atender a un gran número de personas en poco tiempo refuerza la tensión entre calidad y cantidad en la atención, y produce interacciones donde lo personal y lo clínico se reducen a lo mínimo necesario para cumplir con la normatividad institucional.

El estigma se inscribe en las rutinas institucionales, la burocracia, la presión por indicadores y la saturación de los servicios reforzaron la asimetría entre médicos y pacientes, mientras que los estigmas inscritos en expedientes, categorías administrativas o comentarios entre colegas evidencian que la institución reproduce jerarquías sociales y morales. No obstante, los márgenes de agencia —tanto de médicos como de usuarios— muestran que la atención es un espacio donde lo normativo y lo subjetivo se ponen en tensión y se reconfiguran constantemente.

### **Relaciones médico–paciente**

Las consultas en las Clínicas Condesa mostraron que la relación entre personal médico y personas usuarias está marcada por jerarquías claras, donde son los médicos quienes conducen la interacción, deciden los temas a tratar y fijan el ritmo de la conversación. Sin embargo, también se observaron matices: momentos de empatía, resistencias por parte de usuarios y tensiones vinculadas con el estigma hacia el género, la sexualidad y la forma en que se construye el VIH como condición de salud.

Hablar de la construcción del VIH resulta fundamental porque constituye el eje central del

artículo, considerando que desde el inicio de la epidemia esta condición de salud ha estado rodeada de una fuerte carga moral que ha marcado los procesos de diagnóstico, la manera en que se brinda la atención y, al mismo tiempo, la forma en que las personas configuran su experiencia de prevención, de vivir el diagnóstico y de sostener el tratamiento.

En segundo lugar, abordar el género y la sexualidad es indispensable porque el VIH se ha concentrado históricamente en poblaciones que ya eran estigmatizadas mucho antes de vivir con la condición. Estas poblaciones han sido interpeladas por construcciones hegemónicas de normalidad y por el mandato de la heterosexualidad, cuestiones que han permeado incluso en el discurso biomédico. Desde el largo proceso de despatologización de la homosexualidad y de las identidades trans, hasta la persistencia de categorías de riesgo que asocian a ciertos grupos con una mayor susceptibilidad de adquirir VIH. Las observaciones muestran que, más allá de la pertenencia a un “grupo de riesgo”, lo que está en juego son las condiciones de desigualdad que atraviesan la vida cotidiana: las posibilidades de elegir cómo cuidarse, con quién ejercer la vida sexual y de qué manera.

Por último, la reflexión sobre sexualidad y placer adquiere relevancia porque, una vez con el diagnóstico, las formas de vinculación erótica y afectiva quedan atravesadas por la condición de salud. La posibilidad de vivir la sexualidad con placer rara vez aparece en el espacio clínico como un derecho, pues desde la perspectiva biomédica y cultural tiende a quedar en un segundo plano frente a la lógica del riesgo y la adherencia.

De manera recurrente, el VIH fue construido en la consulta como una condición definida por pa-

rámetros biomédicos. Como ya se comentaba en el apartado anterior, la frase más común para evaluar el estado de salud de las personas fue “*están bien*”, pronunciada cuando la carga viral y el conteo de CD4 se encontraban dentro de rangos aceptables. Esta afirmación, aparentemente sencilla, condensaba una valoración amplia: significaba que la persona estaba tomando correctamente el tratamiento y cumpliendo con las indicaciones médicas. Así, el “*estar bien*” se convirtió en una categoría que iba más allá de lo clínico, funcionando como una especie de sello de aprobación sobre la responsabilidad de la persona.

Este énfasis en lo biomédico dejaba en segundo plano otras dimensiones de la experiencia de vivir con VIH. Algunos usuarios intentaban introducir relatos sobre cansancio, ansiedad o dificultades laborales que impactaban su tratamiento, pero estos eran retomados de manera breve y, en la mayoría de los casos, reconducidos a los indicadores clínicos. En este sentido, la consulta tendía a privilegiar los números y los resultados sobre las narrativas personales, lo que generaba en algunos de ellos expresiones de incomodidad, como respuestas cortas, movimientos corporales nerviosos o silencios prolongados. Estos gestos, aunque sutiles, evidenciaban el desfase entre la rutina biomédica y la vivencia subjetiva.

Un ejemplo de esto ocurrió en la consulta de un adolescente que, tras dejar de tomar los antirretrovirales por un mes, explicó a la médica que había sido por “rebeldía”. Aunque la trabajadora social intervino para regañarlo, la médica optó por reconocer su postura y resignificarla: “*la rebeldía no es mala, hay rebeldes muy famosos... el asunto es cómo la usamos, porque no tomar el medicamento solo te daña a ti*”. Esta intervención sugiere que, existen condiciones de la interacción en las

que las resistencias individuales no son ignoradas, son interpretadas hacia una conversación clínica mediada considerando la realidad de la persona.

En otros casos, los adolescentes expresaron hartazgo de la rutina de medicarse o del seguimiento clínico. Uno de ellos señaló que dejar las pastillas le permitía sentirse “como las otras personas”, sin la marca diaria de la enfermedad. Este cansancio estaba atravesado por la necesidad de no ser identificado como alguien que vive con VIH, y en algunos casos se vinculaba a estrategias de ocultamiento frente a parejas o familiares. La adherencia apareció, como una práctica cargada de significados sociales, en la que se ponían en juego la disciplina biomédica, a la vez que el deseo de vivir sin la etiqueta del VIH.

Estas experiencias muestran que el VIH, más que un asunto puramente médico, se sigue construyendo socialmente como una condición que ordena conductas, define responsabilidades y marca identidades. La consulta clínica opera entonces como un espacio donde el poder biomédico intenta inscribir esa construcción en la vida cotidiana de los pacientes, pero donde emergen resistencias que buscan negociar o escapar de esa normalización. En este terreno, el tratamiento deja de ser únicamente una estrategia terapéutica para convertirse en un recordatorio constante de la condición, en una forma de control sobre la vida diaria y en un marcador de la diferencia social de quienes viven con el virus.

Las consultas clínicas evidenciaron cómo los prejuicios de género y las identidades disidentes atraviesan el espacio médico. Un caso especialmente revelador fue el de una mujer trans cuya atención transcurrió bajo la rutina habitual: preguntas sobre adherencia, prácticas sexuales y resultados de

laboratorio. Sin embargo, una vez que ella salió de la consulta, la médica comentó hacia la observadora: “*ay, que nos haga un favor y se hormone, hasta barba tiene, si va a ser mujer está bien, pero que lo haga bien*”. Estas expresiones, emitidas fuera del marco formal de la atención, reflejan cómo los cuerpos trans son interpretados y juzgados desde parámetros normativos que exceden lo estrictamente biomédico.

Algo similar se observó en lo relacionado con el ejercicio sexual, mientras que en algunos casos las preguntas sobre sexualidad se formulaban de manera neutra, en otros se percibía un tono de advertencia o corrección, sobre todo en torno al número de parejas sexuales y al uso del condón. La forma en que se elaboraban estas preguntas transmitía implícitamente una expectativa moral, reforzando que ciertas prácticas eran percibidas como “*riesgosas*” o “*inapropiadas*”. Otros usuarios respondieron con estrategias evasivas, como contestaciones ambiguas o silencios, e incluso con humor. La constante en estas escenas es que la sexualidad, en lugar de aparecer como un ámbito de placer o de vínculo afectivo, fue reducida a una variable de riesgo a controlar. Desde esta perspectiva, el ejercicio sexual quedó subordinado a la lógica de la adherencia y la prevención, sin que se reconociera plenamente como parte integral de la vida de quienes viven con VIH.

Estas situaciones muestran cómo, incluso en un espacio especializado en VIH, persisten formas de estigmatización hacia identidades y expresiones de género que no se ajustan a los parámetros de la normalidad hegemónica. Lo que se observa es la reproducción de un orden social que legitima algunas identidades y prácticas mientras deslegitima otras.

## Discusión

### *Prácticas médicas e institución*

Los resultados de este estudio muestran que las consultas en las Clínicas Condesa no pueden entenderse únicamente como encuentros técnicos orientados al control biomédico del VIH. La consulta clínica aparece como un espacio de tipificación y normalización, en el que las experiencias singulares de las personas se traducen en categorías estandarizadas en donde la singularidad del paciente se diluye y se reconstruye en fragmentos de información objetivada que configuran al “*paciente típico*”.

Diversos enfoques feministas, queer y postestructuralistas han cuestionado la lectura binaria que opone poder y agencia en los análisis sociales. Como señalan Butler (1990) y Haraway (1988), el poder no es una propiedad estática que un sujeto ejerce sobre otro, es un proceso relacional producido en marcos normativos y posiciones situadas. En esta línea, Barad (2007) propone entender la agencia como un fenómeno distribuido—intra-acción— más que como una capacidad individual opuesta al control. Estas reflexiones permiten comprender las interacciones clínicas no como un enfrentamiento entre dominación médica y resistencia del paciente, sino como un entramado de prácticas, afectos y orientaciones corporales que se negocian en la consulta (Ahmed, 2006; Mol, 2002). Desde estas perspectivas, la consulta aparece como un campo donde el poder se despliega de forma múltiple y donde la agencia no se expresa únicamente como oposición, sino como una posibilidad situada dentro de los regímenes normativos que producen cuerpos, subjetividades y formas de cuidado (Puar, 2007).

En este marco, se observa la consolidación de un modelo biomédico positivista que, como advierten Margulies (1998) y Good (2003), privilegia el paradigma biológico sobre la situación biográfica y social de las personas. La biomedicina construye su objeto como si fuera exclusivamente biológico (*disease*), invisibilizando las experiencias subjetivas (*illness*), en la distinción propuesta por Kleinman (1988). De este modo, el paciente asume el rol de depositario de conocimiento, saberes e intervenciones definidos por el profesional científicamente formado (Menéndez, 1990).

Esta dinámica se sostiene en lo que Castro (2011) denomina *habitus médico*, un conjunto de disposiciones profesionales que priorizan lo técnico sobre lo social, internalizadas durante la formación médica y reforzadas por la lógica institucional. Los médicos, en tanto agentes sociales, se convierten en expertos de un campo limitado de conocimiento (Schutz, 1974), legitimados como sujetos de saber cuya autoridad trasciende lo clínico para abarcar dimensiones de género, sexualidad y moralidad.

La biomedicina, además, forma parte de los aparatos estatales de control, lo que permite entender la consulta como un espacio de biopoder (Foucault, 1979). Las etiquetas observadas en notas clínicas—“HSH”, “trans”, “trabajadora sexual”—no son neutras: constituyen dispositivos de clasificación que organizan la atención y, al mismo tiempo, reproducen jerarquías sociales y morales. Recoder (2011) ha mostrado cómo estas categorías institucionales refuerzan desigualdades en el acceso y en la calidad de la atención en México.

Al interior de la práctica clínica, la centralidad de los indicadores biomédicos reproduce lo que Lupton (1998) denomina la cultura del riesgo:

una orientación donde la vida cotidiana es evaluada en función de conductas consideradas adecuadas o inadecuadas para sostener el control del virus. En este esquema, el placer, las emociones o las condiciones sociales tienden a quedar relegadas frente a la racionalidad clínica, reforzando la responsabilidad individual y desdibujando los determinantes estructurales.

En suma, las consultas clínicas se presentan como procesos sociales institucionalizados en los que los actores (médicos y pacientes) asumen roles incorporados en la cultura biomédica. El seguimiento clínico, los estudios de laboratorio y el consumo de antirretrovirales se convierten en prácticas que no solo buscan restaurar el estado fisiológico, sino que producen sujetos normalizados. La aceptación del VIH como condición de salud, promovida en los discursos médicos como requisito para la “buena adherencia”, opera como un dispositivo de control que inscribe en la vida cotidiana de los pacientes la disciplina biomédica.

Las escenas observadas muestran que, aunque la consulta clínica está fuertemente normada por protocolos institucionales y guiones biomédicos, no constituye un proceso unilateral. Siguiendo a Waitzkin (1979), puede entenderse como un espacio de micropolítica, donde las relaciones de poder entre médicos y pacientes se despliegan y negocian en cada interacción. Los médicos ejercen control a través de preguntas cerradas, correcciones y registros técnicos; sin embargo, los pacientes despliegan estrategias para introducir sus preocupaciones, retrasar o suavizar las demandas biomédicas, e incluso cuestionar las indicaciones.

Estas resistencias adoptan formas sutiles: respuestas evasivas, silencios prolongados, gestos corporales de incomodidad, el uso del humor o la

introducción de temas que desplazan momentáneamente el guión clínico. Estas micro prácticas constituyen lo que Menéndez (1990) denomina resistencias al modelo médico hegemónico, donde los sujetos, lejos de ser receptores pasivos, reconfiguran la relación de poder al introducir su propio marco de significados.

Estas interacciones muestran que la consulta es un dispositivo de producción de subjetividades, la reiteración de categorías como “*adherente*”, “*in-detectable*” o “*paciente responsable*” inscribe en los usuarios una identidad ajustada a las normas hegemónicas de la biomedicina y a los valores sociales que la sostienen. La práctica médica no solo busca restaurar la salud fisiológica, sino también modelar conductas y formas de ser que se correspondan con ideales de disciplina, autocontrol y responsabilidad individual. Castro (2011) aporta a este análisis al señalar que el habitus médico internaliza disposiciones que se expresan en la expectativa de que el paciente “acepte” su condición y se adhiera al tratamiento. En este marco, aceptar el diagnóstico significa reconocer la dimensión biomédica del VIH, lo que conlleva asumir un lugar en el orden social que la enfermedad delimita, al priorizar la eficiencia programática y los indicadores clínicos, se producen pacientes que se conciben a sí mismos en términos de categorías institucionales. Diversos estudios han destacado la importancia de la comunicación clínica y de la confianza como elementos constitutivos de la relación médico-paciente ha sido documentada empíricamente; por ejemplo, Wu et al. (2021) muestran que interacciones marcadas por una escucha limitada o por un trato distante reducen la adherencia y deterioran la valoración que los usuarios hacen de la calidad de la atención, lo que es consistente con las dinámicas observadas en este estudio.

Los márgenes de agencia observados —como la negativa a responder ciertas preguntas, la insistencia en hablar de malestares subjetivos o el simple gesto de desviar la mirada— evidencian que los pacientes no se ajustan plenamente a esta subjetivación. En términos weberianos, se trata de formas de acción social que, aún constreñidas por estructuras de poder, expresan motivaciones individuales que escapan al control médico. En conjunto, la consulta clínica puede entenderse como un espacio en tensión: por un lado, se busca producir subjetividades conformes a las normas hegemónicas de la biomedicina y del orden social (responsabilidad, disciplina, heteronormatividad); por otro, emergen resistencias que reafirman la capacidad de los pacientes de negociar, reinterpretar o incluso rechazar esos mandatos. En consonancia con estudios recientes en América Latina, como el de Robles Martínez et al. (2025), la consulta aparece como un espacio donde se reproducen jerarquías institucionales y donde, de forma simultánea, emergen formas situadas de agencia moral tanto de usuarios como de profesionales, estas microprácticas permiten matizar la noción de una biomedicina que actúa de manera unidireccional, al mostrar que en la consulta emergen formas situadas de negociación y agencia

### **Relaciones médico–paciente: género, sexualidad y estigma**

Los resultados evidencian que la relación médico–paciente en el contexto del VIH sigue estando marcada por asimetrías de poder, en la que el personal médico concentra no sólo el conocimiento—en sentido sociológico—, sino también la autoridad. Los profesionales de la salud toman decisiones cruciales sobre los tratamientos —su tipo, dosis y frecuencia— a la vez que establecen

normas de comportamiento vinculadas a la adherencia, la sexualidad y la vida cotidiana de las personas que viven con el virus.

Desde esta perspectiva, la consulta clínica opera como un espacio de biopoder: un dispositivo en el que se articulan prácticas de regulación que combinan el control de la vida biológica con la normalización de conductas consideradas adecuadas (Foucault, 1979). Los discursos médicos y las categorías empleadas para describir la enfermedad no son neutrales; al contrario, participan activamente en la producción de formas de subjetividad al moldear cómo las personas se conciben a sí mismas y cómo interpretan su condición. Validar o invalidar sus narrativas emocionales y sociales no solo organiza lo que puede decirse en la consulta, sino que impacta de manera directa en la autoestima, el bienestar psicológico y la forma en que las personas viven y significan el VIH en su vida cotidiana.

Lupton (1998) ha señalado que la relación médico–paciente implica siempre una negociación de significados. En el caso del VIH, estas negociaciones se ven condicionadas por el peso del estigma, lo que dificulta que los pacientes expresen plenamente sus preocupaciones. Las barreras comunicativas observadas —silencios, respuestas evasivas, gestos de incomodidad— dan cuenta de cómo la estigmatización puede limitar la construcción de un diálogo abierto, llevando a malentendidos o a una atención que no refleja las necesidades de los usuarios. El estigma en contextos de atención no solo opera como un sesgo individual, además constituye un desafío ético para los profesionales de la salud, dado que moldea expectativas, juicios morales y decisiones clínicas. Las expresiones de incomodidad, corrección moral o silencios documentados en las observa-

ciones etnográficas se inscriben en este campo de tensiones éticas y normativas.

La estigmatización y discriminación se vuelven especialmente visibles cuando intersectan con género y sexualidad. Pacientes pertenecientes a poblaciones históricamente marginadas, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero o trabajadoras sexuales, enfrentan una doble carga de estigma: por el VIH y por su identidad o práctica sexual. Erviti (2005) y Szas (2009) han mostrado cómo el sistema de salud reproduce violencias simbólicas hacia las mujeres y las disidencias sexuales. Estudios más recientes en la región, documentan cómo prejuicios institucionales y sociales se traducen en barreras similares a las observadas en las Clínicas Condesa. (Bermúdez-Román et al, 2015; Grieb et al., 2022).

En las consultas a hombres, independientemente de su orientación sexual, hubo un énfasis recurrente en las prácticas sexuales —número de parejas, rol en la relación o estrategias de disminución de riesgo—. Estas preguntas, más que neutrales, revelan presupuestos clínicos y morales que asocian de manera prioritaria el VIH y otras ITS con la conducta sexual masculina, lo que desplaza a los determinantes sociales y estructurales que también configuran el riesgo y las trayectorias de cuidado. Tal como muestran Bermúdez-Román et al. (2015) y Grieb et al. (2022), esta focalización en los comportamientos individuales tiende a invisibilizar las desigualdades, estigmas y normas de género que condicionan tanto la vulnerabilidad como la posibilidad de acceder a una atención adecuada.

Desde los estudios críticos de la masculinidad, se ha señalado que los sistemas de salud reproducen expectativas normativas sobre los cuerpos y con-

ductas de los varones, especialmente en torno al riesgo, el autocontrol y la responsabilidad individual (Courtenay, 2000). Esta forma de interrogar, más que describir prácticas reales, refuerza imaginarios que responsabilizan a los varones de la transmisión del VIH y reducen la sexualidad a un problema de conducta individual, tal como muestran estudios en Latinoamérica y poblaciones latinas en contextos migratorios (Bermúdez-Román et al., 2015; Grieb et al., 2022).

Al operar bajo estos supuestos, la consulta reproduce jerarquías de género que invisibilizan las múltiples condiciones sociales que configuran la vulnerabilidad —como precariedad, desigualdad o violencia— y restringen los modos en que los hombres pueden narrar su experiencia sexual y afectiva. Estas dinámicas coinciden con lo descrito por Maragh-Bass et al. (2023), quienes señalan que el estigma en la atención opera a la vez como dispositivo de regulación moral y como estructura que delimita qué expresiones de la masculinidad son consideradas aceptables dentro del espacio clínico.

En el caso de mujeres trans, los comentarios emitidos fuera de consulta —como juicios sobre su corporalidad o el uso de hormonas— evidencian cómo las normas de género se reiteran en el espacio clínico, reforzando jerarquías sociales y médicas sobre qué cuerpos son inteligibles y cuáles se consideran desviados, objeto de sospecha o corrección. Desde los estudios queer y feministas, se ha señalado que estas formas de inteligibilidad no solo determinan qué cuerpos “cuentan”, sino también qué experiencias de deseo, afecto y vulnerabilidad pueden ser reconocidas. Ahmed (2006, 2014) ha mostrado que el género y la sexualidad se configuran a través de orientaciones afectivas que sitúan a los sujetos en determinadas

posiciones dentro del mundo social; así, las mujeres —cis y trans— producen formas de resistencia al hacer evidente que ser mujer no se reduce a cumplir con una morfología esperada, que se constituye en relación con el deseo, el sentir y la experiencia encarnada.

En la consulta, estas expresiones ponen en tensión la normatividad que pretende ordenar los cuerpos y cuestionan las expectativas biomédicas sobre lo que una “paciente mujer” debe ser o narrar. Estas dinámicas coinciden con lo descrito por Maragh-Bass et al. (2023), quienes documentan que el estigma en contextos de atención opera simultáneamente en los niveles interpersonal, institucional y moral, moldeando la relación médico–paciente y delimitando los márgenes de agencia disponibles para quienes viven con VIH.

Desde la perspectiva de Recoder (2011), estos intentos de dirección y control suelen ser exitosos porque se inscriben en relaciones de poder concretas: la consulta es un escenario donde se disputan significados entre la biomedicina y la vida cotidiana de los pacientes. No obstante, los usuarios no se reducen a sujetos pasivos. Como muestran los hallazgos, desplegaron estrategias de resistencia: evasivas, humor o la insistencia en introducir sus propios malestares. Siguiendo a Weber (1981), estas prácticas pueden leerse como formas de agencia, acciones sociales que, aunque limitadas por la estructura institucional, expresan motivaciones propias y reafirman la autonomía frente al poder médico.

En lugar de aparecer como un ámbito de placer, deseo y vínculo afectivo, el ejercicio sexual se reduce a una categoría de riesgo a gestionar. En el ámbito biomédico, los afectos suelen quedar relegados a un lugar secundario, como si el de-

seo, la cercanía o la construcción de vínculos no formaran parte de la vida sexual o no tuvieran relevancia para el cuidado. Al privilegiar un enfoque racional del riesgo, la biomedicina tiende a presentar la prescripción “*usar condón siempre*” como la única alternativa legítima, desplazando las formas situadas en que las personas negocian el cuidado a partir de la confianza, la intimidad y el deseo compartido.

De este modo, los acuerdos afectivos, la cercanía construida en la relación y las maneras en que cada persona o pareja decide cuidarse quedan desestimados frente a la obligación técnica, mientras que el número de parejas sexuales se convierte en un indicador moral más que clínico. Diversas autoras han señalado que los afectos no son elementos irracionales, sino potencias que orientan los cuerpos, moldean las posibilidades de acción y configuran modos de agencia relacionales (Ahmed, 2014; Rubin, 1984).

Como señala Grimberg (2009), esta medicalización fragmenta la experiencia erótica y la somete a un régimen de vigilancia. Sin embargo, los usuarios desplegaron estrategias de agencia: evasivas, silencios y humor para negociar con la autoridad médica, o la introducción de sus propias preocupaciones en la agenda clínica. Estos gestos muestran que la consulta es un espacio donde las personas buscan reinscribir sus experiencias y subjetividades frente a la normatividad biomédica.

La presencia de orientaciones e identidades diversas fortalece además la emergencia de prácticas y significados alternativos que, aunque se encuentran en tensión con el marco institucional, lo interpelan de manera constante. Para algunos pacientes, el humor compartido con el médico rompe

momentáneamente la rigidez del encuentro; para otros, el acto de reconocer explícitamente su rebeldía frente al tratamiento les permite afirmar una identidad que no queda completamente subsumida al rol de “paciente disciplinado”. Estas escenas demuestran que el poder biomédico, aunque estructural, no es monolítico: se encuentra siempre negociado en la práctica cotidiana.

Ahora bien, los hallazgos muestran que dentro de estos espacios institucionalizados existen prácticas médicas que reconocen y nombran la agencia y las necesidades de las personas. Aunque limitadas por la sobrecarga del sistema y la presión de los indicadores, algunos profesionales buscaron ampliar los márgenes de la consulta: movilizaron redes de apoyo médicas para garantizar la hospitalización de pacientes con desgaste fisiológico importante, facilitaron el contacto con organizaciones de la sociedad civil que pudieran brindar acompañamiento, o incluso promovieron recursos de apoyo económico, como becas, para aliviar la precariedad material de los usuarios. También se documentaron referencias hacia grupos de pares, que funcionaron como espacios complementarios de contención y acompañamiento fuera del marco estrictamente clínico.

Estas acciones, aunque minoritarias, son significativas porque muestran que la práctica médica no se reduce a la reproducción de jerarquías y normas hegemónicas. Dentro de los márgenes institucionales se abren grietas que permiten gestos de solidaridad, reconocimiento y cuidado más allá de la lógica biomédica. No obstante, estas aperturas suelen tener un límite: el tiempo de consulta, la burocracia de los registros o la presión por cumplir con metas de atención constriñen la posibilidad de sostener una atención verdaderamente centrada en la persona.

En conjunto, la relación médico–paciente en el contexto del VIH se configura como un microespacio de disputa. Allí se inscriben discursos normativos sobre género, sexualidad y responsabilidad individual, pero también emergen prácticas que los tensionan: resistencias sutiles de los usuarios, reconocimientos parciales de los médicos y la creación de redes de apoyo que exceden al marco institucional. Analizar estas interacciones permite comprender que el cuidado en salud no es un proceso unilateral, sino una construcción dinámica en la que se negocian constantemente los significados de la enfermedad, la identidad y la vida cotidiana.

En conjunto, las relaciones médico–paciente en torno al VIH no pueden entenderse como interacciones neutras. Son espacios donde confluyen hábitos profesionales, discursos sociales sobre género y sexualidad, y resistencias cotidianas de los usuarios. La consulta clínica se configura, así, como un micro espacio de disputa: por un lado, se refuerzan jerarquías y normas hegemónicas; por otro, emergen gestos de agencia que cuestionan y negocian los significados de la salud, la enfermedad y el cuidado.

## Conclusiones

Este estudio muestra que las consultas en las Clínicas Condesa constituyen un espacio donde se entrelazan dimensiones biomédicas, institucionales y sociales en la atención al VIH. Si bien los marcadores clínicos como la carga viral, el conteo de CD4 y la adherencia al tratamiento organizan la rutina médica, la interacción observada revela que estas prácticas están lejos de ser únicamente técnicas. Por el contrario, se encuentran atravesadas por procesos de normalización, estigmatización y control, pero también por gestos de

resistencia y negociación que reconfiguran continuamente el encuentro clínico.

Las prácticas médicas cotidianas observadas muestran cómo la biomedicina tiende a traducir experiencias singulares en categorías estandarizadas, privilegiando el registro técnico sobre las narrativas personales. En este proceso, las condiciones estructurales que afectan la vida de los pacientes se individualizan, responsabilizándolos del cumplimiento del tratamiento mientras se invisibilizan factores sociales como el acceso a recursos, el trabajo o las redes de apoyo. Estas dinámicas expresan el peso de una racionalidad institucional que busca producir subjetividades alineadas con normas hegemónicas de salud y enfermedad.

Al mismo tiempo, las interacciones entre médicos y usuarios revelan que la consulta es un micro espacio de disputa. Las jerarquías profesionales y los discursos normativos sobre género y sexualidad se hacen presentes en preguntas, silencios y comentarios que reproducen estigmas hacia identidades y orientaciones diversas. Sin embargo, los pacientes despliegan estrategias de agencia—desde evasivas hasta gestos de humor o interrupciones— que tensionan la autoridad médica y

reinscriben sus propias experiencias en la consulta. Estas resistencias, aunque a menudo limitadas, son clave para entender que el poder biomédico no se impone de manera absoluta, sino que se negocia en la práctica cotidiana.

El análisis muestra que, a pesar de las restricciones del sistema, existen prácticas médicas que buscan ampliar los márgenes del cuidado: movilizar redes de apoyo médicas, vincular a las personas con organizaciones civiles, facilitar recursos materiales o derivarlas a espacios de acompañamiento entre pares. Estas acciones, aunque condicionadas por la saturación institucional, reflejan la posibilidad de construir una atención más empática y centrada en las necesidades de las personas que viven con VIH.

En conjunto, los hallazgos de este trabajo sugieren que la atención en VIH no puede comprenderse únicamente desde indicadores biomédicos ni desde las lógicas institucionales, sino como un proceso social que articula poder, subjetividad y agencia. Reconocer esta complejidad es indispensable para pensar políticas y prácticas de salud que, además de garantizar el acceso a medicamentos y servicios, integren las dimensiones afectivas, sociales y culturales de la vida con VIH.

## Referencias bibliográficas

- ADAZSKO, A. (2006). “De tomar pastillas a saberse viviendo con VIH/Sida. Trayectorias de vida y reflexividad de jóvenes que crecieron viviendo con VIH/Sida desde niños”. En *Jornadas de investigación en antropología social*. Buenos Aires, Argentina.
- AHMED, S. (2006). *Queer phenomenology: Orientations, objects, others*. Duke University Press.
- AHMED, S. (2014). *The cultural politics of emotion* (2nd ed.). Edinburgh University Press.
- Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Duke University Press.
- AMUCHÁSTEGUI, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. México: El Colegio de México.

- BERMÚDEZ-ROMÁN, I. E., SÁNCHEZ-SOLÍS, M. L., y GUAJARDO-MARTÍNEZ, M. J. (2015). “Masculinidades, vulnerabilidad social y prácticas de riesgo en jóvenes mexicanos”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 845–859. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1321220414>.
- BOURDIEU, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- BRONFMAN, M., LEYVA, R., NEGRONI, M., y MAGIS, C. (Coords.). (2020). *Los efectos sociales del VIH*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- BUTLER, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- CASTRO, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y reproducción de la pobreza*. UNAM: CRIM.
- CASTRO, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Argentina. Editorial/UNAM.
- CENSIDA. (2023). *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- CISTERNA, F. (2005). “Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*”, 14(1), 61-71.
- CONEVAL. (2020). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Courtenay, W. H. (2000). “Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: A theory of gender and health”. *Social Science y Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- ERVITI, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*. México: UNAM.
- FASSIN, D. (2004). “Public health as culture: The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 29, núm. 4: 627-650.
- FOUCAULT, M. (1979). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- GOLD, R. (1985). “Roles in sociological field observation”. *Social Forces*, vol. 36, núm. 3: 217-223.
- GOOD, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- GRIEB, S. M. D., VELEZ, M., CORTY, E. W., SEXTON, R. E., FLORES-MILLER, A., SHAH, H. S., y PAGE, K. R. (2022). “HIV-related stigma among Spanish-speaking Latinos in an emerging immigrant city following the Solo Se Vive Una Vez social marketing campaign”. *PloS one*, 17(10), e0274888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274888>
- GRIMBERG, M. (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia; 2009, 189 p. ISBN 978- 987-1238-62-0.
- HARAWAY, D. J. (1988). “Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective”. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- HERNÁNDEZ LEYVA, M. P. (2023). *Transitar la adolescencia con VIH: Análisis antropológico de las experiencias subjetivas de la vida cotidiana y el padecimiento* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.
- KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- LUPTON, D. (1998). *Medicine as culture: Illness, disease and the body*. London: Sage.
- MALIKA, N., BOGART, L. M., MATOVU, J. K. B., PHALADZE, N., MUBIRU, K., LEON R., DO-

- NASTORG, Y., VALENCIA HUAMANI, J., MPEBE, O., y CHISONGA, N. (2025). “Intersectional HIV stigma in Sub-Saharan Africa, Latin America and the Caribbean: Insights and pathways forward – A scoping review”. *PLOS Global Public Health*, 5(2), e0004240
- MARAGH-BASS, A. C., HUCKS-ORTIZ, C., BEYRER, C., REMIEN, R. H., MAYER, K., DEL RIO, C., BATEY, D. S., FARLEY, J. E., GAMBLE, T., y TOLLEY, E. E. (2023). “Multilevel stigma and its associations with medical care ratings among men who have sex with men in HPTN 078”. *Journal of Primary Care y Community Health*, 14, 21501319231175362. <https://doi.org/10.1177/21501319231175362>
- MARGULIES, S. (1998). *El paradigma biomédico y la construcción social de la enfermedad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial.
- MOL, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- PUAR, J. K. (2007). *Terrorist assemblages: Homonationalism in queer times*. Duke University Press.
- RECODER, C. (2011). *Vivir con VIH-SIDA. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Argentina: Biblos.
- ROBLES MARTÍNEZ, J., VARGAS-ESPINOZA, L., GARCÍA-LEAL, M., y PÉREZ-SERRANO, A. (2025). “Transformando la relación médico-paciente en la práctica: responsabilidad social y agencia moral”. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(2), 12–20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2025.2.12>
- RUBIN, G. (1984). “Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality”. En C. Vance (Ed.), *Pleasure and danger: Exploring female sexuality* (pp. 267–319). Routledge.
- SCHUTZ, A. (1974). *La fenomenología del mundo social*. Paidós.
- SOSA SÁNCHEZ, I. (2005). *Significados de la salud y sexualidad de jóvenes. Un estudio de caso en escuelas públicas de Cuernavaca*. México: INMUJERES.
- STERN, C. (1997). “El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica”. *Salud Pública de México*; 39:137-143.
- SZASZ, I. (2009). “Sexualidad y salud reproductiva / necesidades y derechos de la población”. *DemoS*, (008).
- WAITZKIN, H. (1979). “Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research”. *The journal of the American Medical Association*, 252(17), 2441-2446.
- WEBER, M. (1981). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- WU, Q., HUANG, Y., VAN VELTHOVEN, M. H. M. T., WANG, W., CHANG, S., y ZHANG, Y. (2021). “Physician–patient relationship and health outcomes: The role of trust and communication”. *Journal of Health Psychology*, 27(6), 1307–1319. <https://doi.org/10.1177/1359105321990793>

# Cuidar desde la diferencia: Significados, tensiones y saberes situados en la atención temprana al desarrollo infantil

---

Miriam Jacqueline Villarruel Ortega\* • Fabiola Soto Villaseñor\*\*

---

## RESUMEN

Este estudio analiza las experiencias de cuidado infantil en contextos de riesgo para el neurodesarrollo a partir de entrevistas con personas cuidadoras en el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl. Desde la teoría fundamentada constructivista, se visibilizan los significados atribuidos al cuidado como práctica situada, atravesada por responsabilidad, emociones, desigualdades de género y saberes encarnados. Los hallazgos muestran que el cuidado no puede reducirse a un acto técnico, sino que constituye un proceso relacional, político y afectivo, fundamental para sostener la vida y orientar políticas públicas sensibles a la infancia y las familias.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidado infantil; Primera infancia; Personas cuidadoras; Teoría fundamentada.

## Caring from difference: Meanings, tensions, and situated knowledges in early childhood development care

## ABSTRACT

This study examines childcare experiences in contexts of risk for neurodevelopment through in-depth interviews with caregivers at the Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl. Using constructivist grounded theory, it highlights the meanings attributed to care as a situated practice, shaped by responsibility, emotions, gender inequalities, and embodied knowledge. The findings show that childcare cannot be reduced to a technical act; rather, it is a relational, political, and affective process, essential for sustaining life and for guiding public policies sensitive to children and families.

**KEYWORDS:** Childcare; Early childhood; Caregivers; Grounded theory.

\* Asistente de Investigación del Departamento de Atención a la Salud, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. [mvillarruel@correo.xoc.uam.mx](mailto:mvillarruel@correo.xoc.uam.mx)

\*\* Profesora Investigadora del Departamento de Atención a la Salud, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. [fsoto@correo.xoc.uam.mx](mailto:fsoto@correo.xoc.uam.mx)

♦ Especial agradecimiento a la Dra. Carolina Martínez Salgado, por su acompañamiento generoso, su mirada crítica y su compromiso constante durante todo el proceso de investigación. Su guía fue fundamental para dar forma y sentido a este trabajo.

**Fecha de recepción:** 19 de septiembre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 16 de diciembre de 2025.

En la actualidad, la atención a la salud y al desarrollo infantil se ha posicionado como una prioridad en las agendas nacionales e internacionales. Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han planteado el cuidado cariñoso y sensible y la promoción del desarrollo desde los primeros años de vida como ejes estratégicos para garantizar que niños y niñas alcancen su máximo potencial, reconociendo el papel central de las personas cuidadoras y la necesidad de políticas intersectoriales que articulen salud, nutrición, educación y protección social (OPS, 2019). En México, la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI) busca consolidar un marco integral de acción, donde se articulan derechos, servicios de salud y programas de protección social, con la intención de atender de manera temprana los riesgos para el neurodesarrollo y promover la inclusión desde los primeros años de vida (Gobierno de México, 2020).

En este marco, el cuidado infantil constituye un campo de estudio relevante tanto para la investigación académica como para la formulación de políticas públicas orientadas a la primera infancia, ya que múltiples factores sociales, económicos y de acceso desigual a los servicios de salud y educación configuran escenarios donde los niños y las niñas enfrentan condiciones de vulnerabilidad que impactan directamente en sus trayectorias de desarrollo. Diversos estudios han señalado la importancia de atender de manera temprana los riesgos asociados al neurodesarrollo (Heckman, s.f), con el fin de prevenir la discapacidad y promover la participación ciudadana (Brazelton, 1973; Kato, 1992; Sánchez et al., 2018). No obstante, la mayor parte de la literatura se centra en los aspectos clínicos y diagnósticos, dejando en segundo plano la voz de quienes, en la vida cotidiana, sos-

tienen los procesos de cuidado: madres, padres, familiares y cuidadores principales.

Desde esta perspectiva, las prácticas de atención temprana infantil no se deben reducir a intervenciones técnicas o programas especializados, sino que deben sumar el acompañamiento cotidiano a las familias y el fortalecimiento de las capacidades de las personas cuidadoras. Estrategias como talleres de estimulación, grupos de apoyo comunitario o actividades de crianza compartida han mostrado su potencial para fomentar vínculos afectivos, promover aprendizajes tempranos y generar espacios de inclusión social. Como señala la OPS, las oportunidades de interacción en la vida diaria —desde la lactancia y el juego, hasta la conversación y la organización de rutinas— son decisivas para el desarrollo cognitivo, social y emocional de la niñez, siempre que los cuidadores cuenten con apoyo y reconocimiento social suficiente.

Hablar de cuidado infantil supone entonces ampliar la mirada: no se trata únicamente de un conjunto de prácticas aisladas, sino de una categoría que integra salud, bienestar, vínculos afectivos, ciudadanía y derechos. Esta perspectiva se refleja en el Modelo de Cuidado Integral del Niño propuesto por Sánchez, et.al (2018), que enfatiza el papel de la familia y del entorno en la construcción de la ciudadanía infantil y en la prevención de la discapacidad. Dicho modelo, retomado y adaptado en experiencias comunitarias como el Centro Xilotl, muestra que el cuidado integral se materializa en acciones cotidianas y accesibles, en donde los padres, las madres y las personas cuidadoras son reconocidas como agentes activos en la promoción del desarrollo.

El presente trabajo se nutre de los hallazgos de una investigación realizada en el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl, donde se atienden a niñas y niños con trastornos del neurodesarrollo o en riesgo de presentarlos. A través de la metodología de Teoría Fundamentada (Charmaz, 2002), se buscó comprender las narrativas de personas cuidadoras, identificar tensiones y recursos y analizar la forma en que construyen significados en torno al cuidado. Asimismo, se pretende aportar elementos que fortalezcan la práctica de atención en salud para las infancias.

### **El cuidado infantil desde una mirada integral**

El estudio del cuidado infantil requiere una mirada interdisciplinaria que articule marcos conceptuales provenientes de la psicología del desarrollo, la sociología del cuidado, la salud pública y los estudios de género. Comprender cómo las personas cuidadoras experimentan, significan y organizan el cuidado implica reconocer que este no es únicamente un acto técnico orientado a la satisfacción de necesidades básicas, sino un proceso complejo que se sitúa en la intersección entre lo biológico, lo social y lo cultural. En este sentido, la OPS (2019) ha subrayado que el cuidado cariñoso y sensible constituye la base del desarrollo temprano, en tanto articula salud, nutrición, protección y oportunidades de aprendizaje, siempre en estrecha relación con la vida cotidiana de las familias.

El cuidado infantil se erige también como un pilar fundamental para el mantenimiento y fortalecimiento de la vida. Es un mecanismo esencial de interacción, por lo que debe pensarse desde la identidad social de la persona o institución cuidadora y de la persona receptora de los cuidados, para entender el tipo de relación que se construye,

el entorno donde se desarrolla y, por tanto, el contexto socioeconómico y cultural que la legitima. La categoría de cuidado se sostiene fuertemente en el principio de interdependencia, que reconoce que, a partir de nuestras cualidades relacionales, se han creado instituciones, discursos y prácticas orientadas a mantener, reparar y continuar la vida (Tronto, 2017).

El sentido transformador de esta definición radica en comprender que las acciones de cuidado están orientadas a que la vida esté lo mejor posible, cobrando especial relevancia en la infancia, etapa en la que la interdependencia entre las niñas y los niños y adultos es un pilar para la sobrevivencia y para la construcción de trayectorias de vida saludables. Como subraya Sánchez, et.al (2018), la primera infancia se enfrenta a múltiples condiciones de riesgo y, por tanto, requiere de protección y cuidado integral, entendido no solo como la satisfacción de necesidades básicas, sino como la provisión de salud, seguridad, bienestar general, estabilidad afectivo-emocional y felicidad de manera que los procesos propios de la infancia puedan darse de forma saludable y armónica en diversos contextos biológicos, ambientales y socioculturales.

El cuidado infantil no puede comprenderse sin atender a las desigualdades estructurales que lo atraviesan. La literatura latinoamericana ha mostrado cómo las políticas públicas dirigidas a la infancia suelen fragmentarse entre sectores —salud, educación, asistencia social—, lo que genera vacíos en la atención integral (Cordero, Vergara, Arriet y Torres, 2011). En este marco, las personas cuidadoras se ven obligadas a desplegar estrategias propias, que combinan prácticas médicas, saberes populares y redes familiares. Entender el cuidado requiere reconocer que toda práctica está

situada en relaciones sociales específicas, históricamente constituidas, atravesadas por relaciones de poder, mandatos de género y regímenes afectivos (Ahmed, 2015).

Desde la tradición feminista, autoras como Federici (2013) han enfatizado que las tareas de cuidado constituyen trabajo no remunerado, esencial para la reproducción social, pero sistemáticamente desvalorizado. Esta reflexión permite comprender la doble presión que enfrentan muchas madres y familias: sostener las demandas clínicas y terapéuticas asociadas al riesgo de secuelas neurológicas y, al mismo tiempo, mantener la vida cotidiana en condiciones de precariedad y desigualdad. De igual modo, la mirada biomédica dominante ha tendido a reducir el cuidado a un gesto técnico, auxiliar y subordinado al saber médico. No obstante, investigaciones como las de Fassin (2000) y Menéndez (2010) recuerdan que cuidar es una práctica relacional y moralmente cargada, atravesada por valores y decisiones que reproducen o disputan jerarquías sociales.

Esta dimensión política del cuidado se enlaza estrechamente con las emociones, otro terreno históricamente relegado en los discursos de salud. Desde una perspectiva crítica, Ahmed (2015) muestra que emociones como culpa, angustia o miedo son formas de saber y de poder, producidas en la circulación social, que inciden en la subjetividad de quienes cuidan. Estas emociones se intensifican cuando los discursos institucionales adjudican la responsabilidad moral sobre el desarrollo infantil a las familias y principalmente a las mujeres.

Comprender el cuidado exige también una lectura interseccional. Género, clase social, raza, edad y condición laboral median las posibilidades reales

de cuidar. Como señala Fraser (2016), la justicia contemporánea requiere atender simultáneamente la redistribución de recursos, el reconocimiento de las diferencias y la representación política. Esta visión se refleja en las experiencias de mujeres jóvenes, madres solteras o cuidadoras alternas, quienes asumen el cuidado como obligación moral, carga afectiva y también como práctica de resistencia.

A contracorriente de la hegemonía técnica, recuperar la palabra de quienes cuidan en espacios de atención permite, como propone Haraway (cfr. Santos, 2009), producir un conocimiento encarnado y situado, nunca neutro ni universal. Reconocerlo implica considerar a las cuidadoras no como receptoras pasivas de prescripciones, sino como productoras activas de saber, que interpretan y resignifican las recomendaciones técnicas.

### **El cuidado infantil en los servicios de salud y la atención temprana**

Pensar el cuidado infantil desde una perspectiva crítica implica reconocer que las prácticas de salud, enfermedad, atención y cuidado no son neutras ni universales, sino que están atravesadas por relaciones de poder, tensiones epistemológicas y desigualdades estructurales. En el campo de la primera infancia, los discursos biomédicos tienden a privilegiar una atención prescriptiva a partir del diagnóstico clínico, relegando a un segundo plano la voz y la experiencia de las familias y de quienes cuidan en la vida cotidiana. Esta invisibilización no solo restringe la comprensión del cuidado como categoría social en el ámbito de la atención a la salud, sino que también reproduce formas de exclusión que colocan a madres, padres y personas cuidadoras en una posición de responsabilidad moral y de carga afectiva despro-

porcionada cuando se trata de niños y niñas en condiciones de riesgo para la salud y el neurodesarrollo (Fassin, 2000; Menéndez, 2010).

En América Latina, las políticas públicas dirigidas a la infancia suelen estar fragmentadas entre sectores y carecen de una perspectiva integral que articule salud, educación, nutrición y protección social. Como advierten Cordero, Vergara, Arriet y Torres (2011), esta fragmentación genera vacíos que las familias deben compensar mediante estrategias propias combinando saberes médicos, prácticas tradicionales y redes de apoyo. Frente a este escenario, han emergido modelos alternativos que conciben el cuidado como una práctica colectiva, situada y transformadora, en los que las familias participan activamente en la construcción de trayectorias de desarrollo y en la prevención de la discapacidad.

Las prácticas de atención temprana se inscriben en este debate al resaltar la importancia de identificar oportunamente riesgos para el neurodesarrollo y de promover entornos familiares y comunitarios que favorezcan un desarrollo infantil armónico e integral. Estas prácticas abarcan acciones destinadas a fortalecer el vínculo entre cuidadores y niños, promover el aprendizaje temprano e incluir a las familias en la toma de decisiones. En este sentido, la OPS (2019) subraya que cada contacto con los servicios de salud constituye una oportunidad para orientar a los cuidadores sobre la estimulación afectiva, el juego y la organización de rutinas que fortalezcan la seguridad y la confianza.

En México, la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI) ha planteado como prioridad la articulación de servicios y programas para superar la fragmentación sectorial. Entre sus líneas de acción destacan los talleres comunita-

rios, la capacitación de cuidadores y la promoción de prácticas de crianza positiva que reconocen la diversidad cultural y social de las familias (Gobierno de México, 2020). No obstante, persiste una amplia brecha de implementación, complejizada por la falta de recursos, la insuficiente infraestructura y la ausencia de espacios efectivos de intercambio interinstitucional.

Frente a este escenario, el modelo de atención desarrollado en el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl, que opera bajo convenio de la UAM-Xochimilco y la Alcaldía Tlalpan, constituye un ejemplo de cómo el cuidado infantil puede pensarse y practicarse de manera integral, situada y comunitaria, incorporando estrategias participativas que colocan a las familias en el centro del proceso de atención. El modelo no se limita a la intervención clínica, sino que busca fortalecer capacidades familiares y comunitarias para sostener el cuidado a largo plazo, en tres dimensiones: capacidades individuales de madres y padres, organización de la unidad de cuidado y agencia colectiva para hacer valer derechos y promover la participación ciudadana desde la infancia, mediante estrategias como talleres de intercambio de saberes, sesiones grupales e individuales orientadas no solo a responder a necesidades específicas de los niños y niñas, sino también a construir competencias para el cuidado integral, fortalecer redes de apoyo y resignificar el cuidado como una práctica colectiva y transformadora, con implicaciones directas para la salud, el neurodesarrollo, la equidad y la justicia social.

El análisis del cuidado infantil desde experiencias comunitarias permite, así, articular la salud colectiva con la justicia social, al evidenciar cómo las desigualdades de género, clase y territorio atraviesan las trayectorias infantiles y cómo las familias responden generando prácticas de inclu-

sión, resiliencia y ciudadanía. Como muestran las experiencias del Centro Xilotl, los talleres y actividades comunitarias no solo transmiten información técnica, sino que funcionan como espacios de empoderamiento donde las familias adquieren herramientas para afrontar la incertidumbre, negociar con los discursos institucionales y reivindicar el derecho al cuidado integral de sus hijos e hijas. Esta dimensión participativa permite pensar la atención temprana no solo como un servicio sectorial, sino como una práctica de inclusión social y ciudadana, en la que las voces de las personas cuidadoras son reconocidas como fuente legítima de saber y acción. De esta manera, la atención temprana deja de concebirse únicamente como un servicio especializado para pensarse como práctica política y social, situada y relacional, que contribuye a fortalecer los servicios de atención a la primera infancia.

### **Fundamentos metodológicos: teoría fundamentada y cuidado infantil situado**

El presente estudio se desarrolló entre 2022 y 2023 en el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl, espacio creado a partir de las reflexiones teórico-metodológicas de un grupo de investigadores de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM-Xochimilco, en colaboración con el Centro de Investigación del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría y la Dirección General de Desarrollo Social de la Alcaldía de Tlalpan (2019–2021). El Centro atiende a niñas y niños menores de cinco años bajo un programa que retoma los principios de la vigilancia y promoción del desarrollo infantil, inspirado en el Modelo de Prevención de Discapacidad y Construcción de Ciudadanía Infantil (Sánchez et al., 2018) y que integra los aportes de la salud colectiva, la pedagogía crítica y los derechos de la infancia.

Este marco institucional resulta crucial para comprender la elección metodológica. El programa del Centro Xilotl reconoce a las personas cuidadoras como agentes centrales en la organización del desarrollo infantil y en la mediación de las experiencias sociales y emocionales de niñas y niños. Las prácticas del centro (evaluaciones periódicas, acompañamiento familiar, talleres y sesiones de intervención) favorecen la participación activa de las familias, colocando sus observaciones, logros, dificultades y significados en el corazón del proceso de atención. En este contexto surgió la pregunta que guía la investigación: ¿qué significa cuidar para quienes sostienen la vida de niñas y niños en contextos de riesgo para el neurodesarrollo?

Para responder, se consideró pertinente emplear la teoría fundamentada, metodología desarrollada por Glaser y Strauss (1967) en el marco de la investigación cualitativa, cuyo propósito es generar teoría a partir de los datos y no imponer categorías predefinidas. Desde su origen, la teoría fundamentada ha buscado ir más allá de la verificación de modelos establecidos, privilegiando la construcción de conceptos sensibles a los contextos empíricos en los que emergen. Como afirman Strauss y Corbin (2002), el proceso implica circularidad y reflexividad, donde recolección y análisis se retroalimentan constantemente a través de codificación abierta, axial y selectiva.

No obstante, el enfoque adoptado en este trabajo se inscribe en la propuesta constructivista de Charmaz (2006, 2012, 2014), que reconoce la naturaleza intersubjetiva de los datos. Desde esta perspectiva, las narrativas de las personas cuidadoras no se conciben como simples descripciones de hechos, sino como construcciones situadas que emergen en el diálogo con la investigadora. La teoría, en este sentido, no es un hallazgo obje-

tivo, sino una interpretación co-construida entre participantes y quien investiga, históricamente situados en un entramado social, político y afectivo.

El trabajo de campo consistió en generar un espacio de escucha con personas cuidadoras principales —en su mayoría mujeres— de niñas y niños atendidos en el Centro Xilotl, durante el periodo de investigación. La selección de participantes se realizó mediante muestreo teórico (Strauss y Corbin, 2002), buscando casos que permitieran desarrollar, contrastar o refinar las categorías emergentes. En total, se realizaron 14 entrevistas en profundidad, con participantes de distintas edades, niveles educativos y condiciones socioeconómicas, lo que permitió captar una amplia gama de experiencias y significados.

Las entrevistas, de entre 45 y 60 minutos de duración, se realizaron en espacios seguros y confidenciales dentro del Centro. Se utilizó una guía flexible de preguntas abiertas que indagó sobre las trayectorias de vida de las cuidadoras, la experiencia cotidiana de cuidado, la relación con profesionales de salud, las emociones implicadas en el proceso y las decisiones frente al diagnóstico y la intervención.

Todas las entrevistas fueron grabadas con consentimiento informado y transcritas íntegramente. El análisis se desarrolló en paralelo a la producción de datos, siguiendo los principios de codificación inicial, codificación focalizada, elaboración de memos analíticos y construcción progresiva de categorías, de acuerdo con Charmaz (2014).

El uso de esta metodología permitió que conceptos como “cuidado resignificado”, “mandato afectivo” o “saberes encarnados” emergieran de los relatos en lugar de ser impuestos desde un marco

previo. De este modo, la Teoría Fundamentada constructivista operó como una herramienta para sostener una escucha ética, atenta a la dignidad de las voces recogidas, evitando categorías patologizantes, favoreciendo así la construcción de conocimiento desde la experiencia cotidiana.

En este sentido, el trabajo con las familias del Centro Xilotl se convirtió no solo en una investigación académica, sino en un ejercicio de diálogo y devolución, donde las narrativas recogidas retroalimentan el propio modelo de atención. Como toda investigación cualitativa situada, este estudio no busca generalizar sus hallazgos, sino aportar una comprensión profunda de una problemática compleja. Su valor reside en la generación de claves interpretativas que pueden ser retomadas, contrastadas o ampliadas por futuras investigaciones. La Teoría Fundamentada del Cuidado que aquí se construye se entiende, así, como un proceso situado que articula la reflexión metodológica, la práctica institucional y la voz de las personas cuidadoras, abriendo nuevas posibilidades para pensar el cuidado infantil desde la intersección entre la salud colectiva, los derechos de la infancia y la vida cotidiana de las familias.

### **La Teoría Fundamentada del Cuidado: sostener la vida desde la experiencia situada**

Como resultado de la investigación se presentan las narrativas recogidas en el Centro Xilotl, a partir de las cuales emergió una teoría sustantiva que concibe el cuidado infantil como mucho más que una serie de tareas prácticas. Para madres, padres y familiares entrevistados, cuidar significa sostener la vida en condiciones de desigualdad, incertidumbre y riesgo, articulando responsabilidad, protección, amor y compromiso. Esta construcción teórica muestra que el cuidado se resignifica

constantemente: frente al diagnóstico, en el cotidiano de la crianza o en las tensiones de género y clase que atraviesan las familias.

Los hallazgos se enlazan directamente con lo discutido en el marco teórico: el cuidado entendido como práctica relacional, política y afectiva (Tronto, 2017; Fraser, 2016; Federici, 2013), que no solo implica atender necesidades inmediatas, sino también crear horizontes de futuro.

A partir de esta construcción teórica, fue posible identificar un conjunto de categorías que organizan la experiencia del cuidado desde la voz de las personas cuidadoras. Entre ellas destacan la responsabilidad como eje central del vínculo con los hijos e hijas, la carga emocional y afectiva que acompaña las prácticas cotidianas, las desigualdades de género que estructuran el reparto de tareas y la identidad de quienes cuidan, así como la relaciones con el personal profesional en los servicios institucionales de atención. Estas categorías permiten comprender el cuidado infantil como una práctica situada y compleja, que exige ser reconocida en su dimensión ética, social y política.

### **El cuidado como responsabilidad vital**

Para las personas entrevistadas, cuidar es sinónimo de ser responsables del bienestar presente y futuro de sus hijos e hijas. Fernanda lo expresa con claridad:

“Para mí cuidar es ser responsable, pues que el niño esté bien, que no esté enfermo, que tenga una infancia feliz, que tenga un recuerdo, o cositas así. Responsabilidad son muchas cosas, pero sobre todo que el niño esté bien, tenga su comida, su escuela, todas sus necesidades cubiertas; para mí todo eso es cuidar al niño, salir

a la calle, estar, todo depende de ti” (Comunicación personal, junio 2023).

En una línea similar, Angélica subraya que la crianza es simultáneamente un acto afectivo y una obligación ineludible:

“Obviamente que si tienes una hija, pues sí, es con todo el corazón lo que haces, pero pues también es una cosa de necesidad, ¿no?... ella tiene que comer, hay que cambiar el pañal, o sea, sí me nace en el corazón, pero no deja de ser una responsabilidad” (Comunicación personal, septiembre 2023).

Los testimonios coinciden en que esta responsabilidad se activa desde el nacimiento y transforma radicalmente la percepción de la vida cotidiana. Mónica recuerda el momento en que tomó conciencia de esa carga:

“Cuando nació mi hijo me lo enseñaron y yo lo primero que dije fue, ¿qué voy a hacer con un bebé? O sea, ya es mío y ya nadie me lo va a quitar... si él vive es por mí y si no también va a ser por mí, entonces sentí una carga así, horrible y entendí que es mi responsabilidad” (Comunicación personal, agosto 2023).

A través de las voz de los participantes se pone en evidencia que el cuidado no se reduce a las actividades en el aquí y el ahora sino que se conduce por una visión de futuro, reconociendo su potencial para la construcción de trayectorias de vida.

”Pues hacer un buen ciudadano, una persona amable, una persona responsable, una persona con emociones positivas, que apoye, que ayude, a lo mejor sí, profesionalmente, que sea lo que él quiera ser, como Barbie, o sea, promover en él mucha confianza, mucha autoestima, o sea,

yo pretendo que él sea independiente, que haga sus cosas y que funcione bien, o sea, que yo pueda estar tranquila, de que crié un buen ciudadano porque tiene unas bases bonitas” (Mónica, Comunicación personal, agosto 2023).

Estas narrativas refuerzan lo planteado por Rivera González (2022), quien define el cuidado como la función de proveer protección, seguridad, bienestar y felicidad, para que los procesos propios de la infancia se den de manera saludable. Así, el cuidado se convierte en una responsabilidad vital que trasciende la mera práctica técnica para proyectarse hacia el futuro, como lo señala Mónica al plantear que su meta es criar “un buen ciudadano con bases bonitas” (Comunicación personal, agosto 2023).

### **La responsabilidad intensificada ante el diagnóstico**

Un hallazgo recurrente es que la responsabilidad del cuidado se amplifica cuando un niño o niña recibe un diagnóstico de riesgo para el neurodesarrollo. Luis lo expresa así:

“Cuando nos dieron el diagnóstico de la condición, pues todavía fue una realidad distinta, de saber que teníamos más responsabilidad y de que deberíamos de tener más atención en muchas cosas. Es una responsabilidad consciente y sí cambian muchas cosas en ese sentido” (Comunicación personal, 2023).

Este testimonio revela cómo el cuidado se reconfigura frente a un diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo, en consonancia con lo que plantea la OPS (2019): en contextos de riesgo o discapacidad, los cuidadores requieren apoyos adicionales para sostener la vida cotidiana.

### **Desigualdades de género en el cuidado**

Las entrevistas también muestran que el cuidado está profundamente atravesado por desigualdades de género. Mientras que los hombres tienden a definir su rol como proveedores económicos o como apoyo esporádico, las mujeres relatan la carga cotidiana y permanente de la crianza, incluso a costa de su salud emocional. Luis contrasta ambas dimensiones:

“Principalmente, cómo le puedo explicar...O sea, están dos factores, ahorita que se me vienen a la mente, el económico, pero también el de crianza, ¿no? o sea, porque hay padres que dicen yo soy responsable, o sea, jamás al niño le faltó nada, pañales, zapatos, ropa, pero nunca están y no es porque no quieran, es por cuestiones de su trabajo; aquí lo que valoro mucho es el estar, o sea el tiempo y pues la vida y Dios nos ha permitido cubrir con las dos cosas” (Luis, Comunicación personal, junio 2023).

“El día que la sacaron y la abracé pensé, ah, mira esa cosita, ya no puedo ser irresponsable, tengo que pensar en el futuro, antes me valía de dónde iba a venir el dinero, ahora no me vale le tengo que dar de comer tres veces al día, estar viendo qué le gusta, porque es especial para la comida. No me puedo descuidar porque si no le quedan los zapatos le tengo que volver a comprar” (Juan, Comunicación Personal, octubre 2023).

Para las mujeres asumir la crianza es algo que pareciera natural, aun cuando también aportan al ingreso familiar, por lo que para ellas disponer de tiempo para el cuidado se asume como su responsabilidad. Este es un punto importante porque pareciera que mientras los hombres tienen la obligación de proveer como parte de sus labores de cuidado, ellas tienen la obligación de estar,

teniendo consecuencias en su salud emocional e incluso física.

“La psicóloga me dijo, no, no es depresión postparto y pues es mucha ansiedad y pues hasta cierto punto depresión y estuve con medicamentos y psicólogo, pero es que justo pasó otra cosa, justo cuando yo entré a trabajar como más en forma, a mi esposo lo promueven en su trabajo (...) y entonces así empieza a viajar mucho, por todos lados y entonces se empieza a ir y yo empiezo a tener toda la carga al 100%, de semanas completas sola, lo que me generaba mucha ansiedad. Pues ahí no podía hacer mucho, o sea ese era el sistema y yo no podía decirle ya no vayas a trabajar porque era algo bueno económicamente para nosotros, pero yo tenía que cuidar al bebé, ver lo de la casa, seguir trabajando y pues estaba muy cansada” (Mónica, Comunicación personal, agosto 2023).

Estos relatos confirman lo señalado por la literatura feminista: el cuidado se distribuye de manera desigual, generando una doble presión sobre las mujeres (Federici, 2013), quienes cargan con la mayor parte del trabajo doméstico y de crianza, además de enfrentar condiciones de precariedad laboral y social.

### **Transformaciones en la identidad de quienes cuidan**

Uno de los hallazgos más consistentes es que el cuidado conlleva una reconfiguración profunda de la identidad personal. Para las mujeres, el rol de madre a menudo se impone sobre otras identidades, llevándolas a experimentar un sentimiento de pérdida de sí mismas. Esta “pérdida” se manifiesta en la falta de tiempo para el autocuidado, la reducción de la participación en actividades recreativas y sociales y en una tensión constante

entre las responsabilidades de cuidado, las exigencias que se imponen y las necesidades personales. Las cuidadoras pueden sentir que su identidad se ve reducida a ser “la mamá de”, dejando de lado otros aspectos de su individualidad, lo que refleja que el concepto de madre está muy relacionado con el de cuidador principal, en cuanto a que no solo alude, a quien dedica más tiempo, sino quien asume plenamente la responsabilidad, el vínculo y por ende la transformación de su propia identidad.

Cristina lo expresa con crudeza:

“Es como si perdieras tu identidad y eso es algo importante en las mamás, no las dejen solas... ¡ah, es la mamá de fulanita!, no, es la señora fulana de tal, no sólo la mamá de...” (Comunicación personal, junio 2023).

Mónica narra un sentimiento similar al señalar que su día a día quedó reducido a un círculo de tareas repetitivas:

“Yo también quiero ya quitarme el círculo vicioso de bañarlo, cámbialo, duérmelo... siento que me volví yo la que está manteniendo al bebé” (Comunicación personal, agosto 2023).

Estas experiencias muestran cómo el cuidado puede desplazar otros aspectos de la identidad y reducir las oportunidades de recreación, autocuidado o desarrollo personal y laboral.

“Me transformé y donde he sentido que más me afecta es en relación al trabajo, ya no me siento tan productiva, o sea, que todo lo que hacía o toda la capacidad que tenía se ha mermado mucho porque ahora tengo que dividirlo con el cuidado de mi hijo y cuando tengo un tiempo libre y él se acerca y quiere jugar o hacer algo,

yo lo veo y claro que quiero pasar tiempo con él y dejo de lado las otras tareas” (Mónica, Comunicación personal, agosto 2023).

En el caso de los hombres, las transformaciones se manifiestan en cambios de hábitos o en la búsqueda de mayor estabilidad laboral. Luis relata que la llegada de su hijo le obligó a modificar su disciplina personal: *“Antes no tenía mucho orden, pues ahora trato de tenerlo y hasta yo me he vuelto más ordenado”* (Comunicación personal, junio 2023). Joel, por su parte, recuerda que dejó de correr en motocicleta a altas velocidades porque *“ya te acuerdas que hay alguien en casa esperándote”* (Comunicación personal, agosto 2023).

Estos contrastes muestran cómo, aunque tanto mujeres como hombres transforman sus vidas a partir del cuidado, en ellas la identidad suele quedar subsumida bajo la figura materna, mientras que en ellos predomina un ajuste de conductas que les permite mantener mayor margen de autonomía.

### **La carga emocional del cuidado**

El cuidado también se vive como un terreno atravesado por emociones contradictorias. Si bien las personas entrevistadas expresan sentimientos de amor, orgullo y satisfacción, al mismo tiempo emergen con fuerza la ansiedad, la angustia, la incertidumbre y el cansancio.

“Toda la vida han pintado la maternidad como la cosa más bonita, una cosa muy romántica y actualmente pues mucha gente está así como en redes sociales que se quejan amargamente de los hijos y es que es difícil, entonces son criticadas casi a la muerte, las llevan a la hoguera a las pobres porque no puede uno quejarse, o sea, si te quejas, ¡uy, eres mala madre!, ¡uy, no

estás haciendo bien tu trabajo; y pues no, o sea, la realidad es que fácil no es para nadie” (Angélica, Comunicación personal, septiembre 2023).

“Sí, yo no te voy a decir que no ha llegado el momento de gritarle a mi hijo, de hacer cosas que no van, luego mi esposo me dice que aunque yo esté muy estresada eso no va y ya llega el momento en que me pongo a pensar y entiendo que lo hice mal, no sé qué me pasa y trato en mí de cambiar eso que me dijeron y digo basta, yo no puedo ser así a pesar de que yo esté muy estresada, tengo que dejar aparte todo y yo por ejemplo le decía a mi esposo una vez es que estoy muy estresada, tengo que lavar y él me dijo, pues lava, pues qué te va a pasar” (Bibiana, Comunicación personal, mayo 2023).

El peso emocional se intensifica cuando los niños o niñas reciben un diagnóstico de riesgo o de trastorno en el desarrollo.

“No fue fácil ahora que lo analizo porque creo ya vamos para año y medio, me autoanalizo y siento que de un principio me puse un escudo o un mecanismo de protección, o sea, fue difícil, lo acepté, pero no le di, o no quise darle el peso realmente, o sea, no en cuestión de responsabilidad, sino de que me afectara, dije okey, no pasa nada, es una condición distinta, no va a ser fácil y pasaron ciertos meses así, no podría asegurar el tiempo exacto, pero pasaron algunos meses para que yo llorara” (Luis, Comunicación personal, junio 2023).

Estos testimonios evidencian que el cuidado no puede asumirse únicamente como un deber natural, sino como una experiencia que desborda emocionalmente a las familias y que requiere apoyo constante.

Las emociones juegan un papel fundamental en las prácticas de cuidado, ya que reflejan cómo las personas cuidadoras enfrentan las circunstancias y los desafíos que conlleva cuidar de un niño o niña. Estas emociones no solo revelan el estado emocional de las personas, sino que también configuran su experiencia del cuidado y la relación con sus hijos e hijas.

El conjunto de estos hallazgos permite afirmar que el cuidado infantil es una experiencia atravesada no solo por tensiones identitarias y desigualdades de género, sino que conlleva también una fuerte carga emocional, por lo que reducir el cuidado a una tarea doméstica o a una responsabilidad natural invisibiliza la complejidad de lo que implica sostener la vida de un niño o niña.

### **La escucha como práctica de cuidado en los servicios de atención temprana infantil**

Un hallazgo central de las entrevistas es que las experiencias de las personas cuidadoras frente a los servicios de salud están marcadas por la forma en que son escuchadas —o desoídas— por el personal médico y terapéutico. La escucha no es solo un gesto accesorio, constituye una práctica de cuidado en sí misma, puede abrir caminos hacia la atención oportuna de los riesgos para la salud y el neurodesarrollo de los infantes, o bien generar desconfianza cuando no se da la debida importancia a lo que madres y padres expresan.

En diversos testimonios se repite la experiencia de haber acudido a servicios médicos sin que las preocupaciones fueran tomadas en cuenta. Erika recuerda: *“Lo llevamos al pediatra y el doctor me dijo, no tal vez sólo es cuestión de crianza, pero mi hijo seguía llorando y seguía con sus crisis”* (Comunicación personal, 2023). De manera

similar, Angélica señala que el médico minimizó sus observaciones:

“Fuimos con un neuropediatra a que revisara a mi hija y él nos pone en la receta, que es un retraso severo en lenguaje expresivo... pero nos dijo: yo le puedo hacer el diagnóstico de autismo si es lo que cree que tiene, pero nada más me vas a regalar el dinero” (Comunicación personal, septiembre 2023).

La falta de escucha activa impacta directamente en la relación de confianza entre familias y profesionales de la salud y puede traducirse en pérdida de tiempo crucial para la atención oportuna necesaria para garantizar la salud y el neurodesarrollo de los niños y niñas.

Cuando los servicios de salud escuchan y validan la experiencia cotidiana de quienes cuidan, se abre la posibilidad de detectar tempranamente signos de alerta y construir confianza. Verónica narra que, tras varios episodios de llanto excesivo de su hija, solo en un espacio especializado como el Centro Xilotl pudo encontrar comprensión y una explicación a lo que estaba ocurriendo: *“Yo sentía que mi hija sufría mucho y me decían, no es que tú la tienes que forzar... después contigo entendí que mi hija tenía una sensibilidad distinta y los ruidos, el sonido le hacía daño”* (Comunicación personal, septiembre 2023).

Este ejemplo muestra cómo la escucha activa permite dar un nombre y un sentido a las observaciones de las cuidadoras, reduciendo la incertidumbre y orientando estrategias de atención. Escuchar, en este sentido, es también un acto terapéutico: otorga legitimidad a la experiencia de las familias, valida su esfuerzo y contribuye a aliviar la ansiedad.

Ante la falta de escucha en algunos servicios de salud, muchas familias relatan que recurrieron a redes sociales y aplicaciones móviles para encontrar información y acompañamiento. Erika cuenta: *“Ya cuando nos dieron el diagnóstico me uní a un grupo de WhatsApp, pero decían tantas cosas... me daba mucho temor, terminé saliéndome de ese grupo, dije bye, mejor me informo con los médicos en la clínica [Centro Xilotl]”* (Comunicación personal, junio 2023).

Si bien estas redes funcionan como espacios de apoyo, también muestran los riesgos de una información no especializada que puede incrementar la ansiedad. Esto refuerza la importancia de que los servicios de salud se conviertan en fuentes confiables que integren la escucha de las experiencias familiares con la orientación profesional.

*“Esta información este acompañamiento a esta labor tan valiosa por parte de ustedes, pues es lo que nos saca adelante la verdad no porque es información valiosa, tips valiosísimos, cómo hacerle cada niño es diferente. Si yo busco en Internet, seguramente voy a encontrar algo generalizado, que me va a ayudar, pero como aquí nos lo han dicho, el espectro es espectro porque es súper amplio y cada niño es bien distinto y el tratamiento que les dan aquí a los niños son especializados, viéndolos, observándolos, sabiendo cómo es el comportamiento de cada uno en particular y este, y pues es una guía impresionantemente invaluable, porque pues por eso estamos aquí con ese gusto, porque decimos vamos a ver qué pasa, cómo ha avanzado o qué de nuevo hoy nos pueden aportar los doctores en la clínica, en el centro para seguir trabajando”* (Luis, Comunicación personal, junio 2023).

Las voces de las personas responsables del cuidado infantil muestran la urgencia de que existan

espacios institucionales de acompañamiento. La escucha activa en los servicios de salud no debe limitarse a recibir información para el diagnóstico, sino que debe reconocer el desgaste emocional, validar la experiencia de las familias y ofrecer redes de apoyo que contribuyan a equilibrar la carga del cuidado. Así, escuchar significa también redistribuir poder en la relación entre familias y profesionales de la salud, reconociendo a las primeras como aliadas en la construcción de cuidados integrales.

La sistematización de estas narrativas muestra que la escucha activa en los servicios de atención temprana al desarrollo infantil, puede contribuir a transformar una práctica diagnóstica y prescriptiva hacia un servicio de atención integral que reconoce no solo las determinantes biológicas, sino los contextos sociales, afectivo-emocionales y culturales que determinan las condiciones de salud y desarrollo en la primera infancia. Poner al centro las prácticas de cuidado fortalece el vínculo entre familias y profesionales y permite ofrecer orientación ajustada a las necesidades reales de los niños y niñas y caminar hacia la construcción de sistemas de salud más humanos, inclusivos y sensibles a las realidades de las familias.

## Conclusiones

Esta investigación, desarrollada a partir de los relatos de personas cuidadoras de infantes en condiciones de riesgo para el neurodesarrollo atendidos en el Centro Xilotl, permitió construir una Teoría Fundamentada que posiciona el cuidado infantil como una práctica situada, atravesada por condiciones estructurales, relaciones de poder, emociones y saberes encarnados. Al recuperar las voces de madres, padres y familiares, se visibilizan dimensiones que suelen quedar omitidas en los discursos técnicos e institucionales, mostran-

do que el cuidado es mucho más que una técnica o procedimiento: es un campo de significación social y política donde se juega la sobrevivencia, el bienestar y la construcción de trayectorias de vida.

Lejos de concebirse como una práctica “natural” atribuida a las mujeres, el cuidado emerge como una responsabilidad impuesta y asumida en condiciones desiguales, determinadas por el género, la clase social, la condición laboral, el acceso al diagnóstico y la disponibilidad de redes de apoyo. Este hallazgo confirma que las desigualdades estructurales configuran de manera decisiva las posibilidades reales de cuidar y de ser cuidado.

Asimismo, la investigación subraya que las emociones constituyen un componente central del cuidado. Miedo, culpa, esperanza, amor y angustia no son simples expresiones individuales, sino efectos de un orden social que distribuye de forma diferenciada la responsabilidad del bienestar infantil. Reconocer estas emociones como formas de saber y no como obstáculos al conocimiento, abre la puerta a intervenciones más empáticas y éticamente comprometidas en la práctica clínica y comunitaria.

En relación con los modelos de atención, los hallazgos confirman la necesidad de construir dispositivos institucionales que reconozcan el saber situado de las personas cuidadoras, promuevan relaciones horizontales y generen condiciones para la coproducción de conocimiento. El Centro Xilotl se constituye como un ejemplo relevante de cómo es posible articular cuidado, acompañamiento familiar e inclusión social en un modelo comunitario, con aprendizajes que pueden nutrir el diseño de políticas públicas más sensibles a las diferencias.

Desde esta perspectiva, se proponen algunas recomendaciones:

Revalorar el saber situado de las personas cuidadoras en los procesos de diagnóstico, seguimiento e intervención, reconociéndolas como agentes epistémicos legítimos.

Incorporar la dimensión afectiva del cuidado en la formación profesional y en los modelos de atención temprana, reconociendo las emociones como parte constitutiva del vínculo terapéutico y del trabajo comunitario.

Diseñar políticas de intervención temprana con enfoque interseccional, que reconozcan las desigualdades de género, clase, origen étnico y condición laboral que median el acceso a servicios y programas.

Fortalecer espacios comunitarios de atención temprana, como el Centro Xilotl, que promuevan redes de apoyo, acompañamiento integral y el cuidado como práctica colectiva.

Impulsar investigaciones participativas y cualitativas que coloquen en el centro las voces de quienes cuidan y sean capaces de cuestionar los modelos hegemónicos de intervención.

En este sentido, hablar de cuidado infantil desde las voces de las personas cuidadoras no solo amplía la comprensión académica, sino que constituye un acto de justicia epistémica y social, indispensable para el diseño de políticas públicas sensibles a las diferencias.

## Referencias bibliográficas

- AHMED, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. Traficantes de Sueños.
- BRAZELTON, T. B. (1973). *Neonatal behavioral assessment scale*. *Clinics in Developmental Medicine*, (50).
- CHARMAZ, K. (2012). La teoría fundamentada en el siglo XXI. En J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz y A. Clarke (Eds.), *Perspectivas de la teoría fundamentada* (pp. 115–143). Universidad de Antioquia.
- CHARMAZ, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). Sage.
- CORDERO, M., VERGARA, L., ARRIET, F., y TORRES, A. (2011). La protección integral a la infancia y los desafíos de los servicios de salud. En F. Cousiño Donoso y A. M. Foxley Rioseco (Eds.), *Políticas públicas para la infancia* (pp. 149–163). Fundación Integra.
- ELLISON, P. (1982). *Infant Neurological International Battery (INFANIB)*. University of Massachusetts Medical Center.
- FASSIN, D. (2000). Otra política de la salud es posible. *Nueva Sociedad*, (167), 28–42.
- FEDERICI, S. (2013). *El patriarcado del salario*. Traficantes de Sueños.
- FISHER, B., y TRONTO, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. En E. Abel y M. Nelson (Eds.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (pp. 35–62). State University of New York Press.
- FRASER, N. (2016). *Fortunas del feminismo*. Traficantes de Sueños.
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2020). *Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI)*. Secretaría Ejecutiva del SIPINNA.
- HECKMAN, J. J. (n.d.). *Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy*. Retrieved from <https://heckmanequation.org>
- KATONA, F. (1992). *Neurohabilitation in early infancy*. Akadémiai Kiadó.
- MENÉNDEZ, E. L. (2010). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saúde Coletiva*, 15(4), 865–872. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400004>
- OPS. (2019). *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia*. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- RIVERA GONZÁLEZ, R. (2022). El cuidado como función de protección, seguridad, felicidad y bienestar en la infancia. *Comunicación personal*, junio 2022.
- SÁNCHEZ, C., RIVERA, R., FIGUEROA, M., SIERRA, A., MANDUJANO, M., MUÑOZ-LEDO, P., y SOTO, F. (2018). *Una propuesta para la construcción de la ciudadanía infantil. El cuidado integral y la prevención de discapacidad* (1a ed.). UAM.
- SANTOS, B. DE S. (2009). *Una epistemología del Sur*. Siglo XXI Editores.
- TRONTO, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- TRONTO, J. (2009). *Un monde vulnérable: Pour une politique du care*. Éditions La Découverte.
- TRONTO, J. (2017). La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo. En C. Domínguez Alcón, H. Kohlen, y J. Tronto, *El futuro del cuidado: Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera* (pp. 19–36). Ediciones San Juan de Dios.
- TRONTO, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27–43. <https://doi.org/10.1332/239788217X14866281687583>

UAM-X. (2024). *Informe de sistematización interna del Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

VILLARRUEL ORTEGA, M. J. (2023). *Experiencias sobre el cuidado de niños y niñas que presentan*

*riesgos para alteraciones en el neurodesarrollo* (Tesis de maestría). Maestría en Rehabilitación Neurológica, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

# Los desafíos de la formación sanitaria en contextos latinoamericanos y la búsqueda por repolitizar la bioética: una lectura desde la realidad mexicana

Abdiel Fernando Uribe Allier\* • Luis Alfonso Munive Valencia\*\*

## Introducción

La bioética, a través de sus diversas formas, ha llegado a ser un campo de conocimiento y reflexión que trasciende la ética aplicada y se ha establecido como una zona de confrontación epistemológica y política. En este contexto de persistencia de marcadas inequidades económicas, culturales y sociales en América Latina se plantea la manera en que la bioética puede aportar elementos que epistémica y metodológicamente configuren rutas críticas en torno a las prácticas relacionadas con la salud-enfermedad-atención-cuidado, más allá de las formulaciones burocratizadas y sedimentadas institucionalmente.

En este sentido, se propone una revisión general del desarrollo actual de la bioética, en México y América Latina, como muestra de una evolución caracterizada por la expansión de este campo, desde su surgimiento en los años setenta del siglo pasado, hasta la hegemonía occidental, clínica y biomédica, de los años noventa. Se señalan las aportaciones de múltiples autores latinoamericanos que han puesto de manifiesto

las limitaciones y la necesidad de una justicia epistémica.

En América Latina, la bioética crítica e intercultural ha abierto paso a debates importantes sobre justicia social en el campo de la salud, pero aún persiste la tensión entre el deseo de transformación política y la tendencia institucionalizante.

## El nacimiento de la bioética y la promesa de cambio

La bioética surge formalmente en la década de los setenta del siglo XX, resultado de un conjunto de avances científicos y tecnológicos, de movilizaciones sociales y, consecuentemente, de cuestionamientos sobre los límites y alcances de diversas disciplinas, particularmente aquellas relacionadas con la vida.

Como disciplina de frontera, sostenida en diversos movimientos sociales emancipatorios —como el feminismo, la antipsiquiatría, los movimientos afrodescendientes—, la bioética emerge como un

\* Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx)

\*\* Profesor de la Maestría en Bioética, de la Universidad de la Salud. Correo electrónico: [luis.munive@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:luis.munive@unisa.cdmx.gob.mx)

Fecha de recepción: 21 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 05 de diciembre de 2025.

campo de conocimientos con un compromiso político, desafiante y que buscaba empoderar a las poblaciones vulneradas históricamente, a partir de reflexiones tendientes a cuestionar las lógicas y prácticas de los campos científicos relacionados con la vida (Luna y Salles, 2008; Viesca, 2008).

Sin embargo, el impulso transformador con el que emergió la disciplina, fue cada vez menos potente al ir asimilándose sus métodos, discursos y reflexiones, pasando a formar parte del aparato estatal, principalmente en países del norte global, lugar desde dónde se establecerían las premisas, los criterios, las problemáticas y los marcos conceptuales desde los cuales se problematizarán los fenómenos que se considerarán de pertenencia bioética (Salamanca, 2020, Ferrerira y Flor do Nascimento, 2015; Flor do Nascimento y Garrafa, 2010).

Esta instauración de la bioética como disciplina asimilada en instituciones, particularmente gubernamentales, en Estados Unidos y varios países europeos, estableció las bases de lo que vendría a ser el modelo hegemónico de pensar y hacer bioética en los países del sur global. Este modelo, implicará, entre otras cosas, un imperativo por acoplar la reflexión bioética a un principalismo ético (Luna, 2008) y el establecimiento de reglamentos y normas institucionales que, más que propiciar la reflexión y la crítica, amoldaban las prácticas clínicas y científicas biomédicas a parámetros establecidos.

### **El establecimiento y la burocratización de la bioética en México**

En México, el surgimiento institucional de la bioética puede entenderse como la necesidad de regir formalmente los problemas relacionados con la práctica médica a través del Estado. Más

allá de las discusiones en espacios universitarios o académicos, la bioética se instaura como una disciplina vinculada al estado, siendo un primer antecedente la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, el cual contempla en su capítulo segundo aspectos éticos relacionados a la investigación con seres humanos, haciendo obligatoria la creación de Comités de Ética de la Investigación; por su parte, en 1989 se crea el Grupo de Estudio de Bioética, como parte del Consejo de Salubridad General, a cargo del Dr. Manuel Velasco Suárez (Cano Valle y Neri Vela, 2012). Con la creación de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), en 1992, y bajo una lógica biomédica, la intención era el control administrativo del sector salud (Ruiz de Chávez-Guerrero, 2014). De este modo, la bioética se instauró como un mecanismo para la administración del sector salud, en el que se priorizó la regulación biomédica.

Este proceso de institucionalización de la bioética se profundizó en 1995 con la creación de la Academia Nacional Mexicana de Bioética y la fundación del Colegio de Bioética en 2003 (Ruiz de Chávez-Guerrero, 2014), consolidando el campo técnico y profesional de la bioética en México. Ambas instituciones fueron conformadas, de forma generalizada, por integrantes del campo de la medicina y de la investigación biomédica, reforzando así la aplicación de principios biomédicos a la toma de decisiones éticas en el sistema de salud.

Estas tres instituciones ejemplifican los esfuerzos realizados para la formalización e institucionalización de la bioética en México. No obstante, esta consolidación de la disciplina no estuvo exenta de contradicciones, pues, en tanto instituciones formadas desde las coordenadas epistémicas de

la biomedicina, tendieron a promover un desarrollo de la bioética poco reflexivo y sin una postura clara frente a las problemáticas políticas y socioculturales, impactando en su aplicación en las problemáticas de desigualdad. La bioética en México se había instaurado como una disciplina burocratizada, cuyas funciones giraban en torno a la normativización y regulación de los conflictos éticos, algo que ha sido problematizado por diversas investigaciones en otras latitudes (Shore, 2024; cfr. Lolas Stepke, 2022; Elliot, 2005).

Sin duda, la instauración y legitimación de la CONBIOÉTICA, la Academia Nacional Mexicana de Bioética y el Colegio de Bioética, dan cuenta de la madurez que la disciplina ha logrado en tan poco tiempo. No obstante, resulta problemático que las reflexiones emanadas de estas instituciones, de forma generalizada, tiendan a limitarse y se agoten a la regulación de las investigaciones biomédicas y velar por los derechos de las personas inmersas en el campo de la salud, alineando sus normativas a los discursos y premisas internacionales, normatizados, legitimados y profesionalizantes que no se hacen cargo de las problemáticas políticas y socioculturales del país (Ruiz de Chávez-Guerrero, 2014), entre las cuales se encuentran los impactos sociales, culturales y políticos que se incluyen dentro de cada dilema bioético. Más aún, la limitación de la reflexión bioética a esferas institucionalizadas puede desarrollar una red de profesionistas que se encumbren como autoridades que pretendan la regulación moral de los problemas bioéticos como meros procesos administrativos (Lolas Stepke, 2022).

Continuando con esta discusión, es importante señalar que, si bien estas instituciones comenzaron a discutir problemáticas relacionados con el avance científico y tecnológico relacionado con

la biomedicina, tales como el VIH, los trasplantes de órganos (cfr. Landín López y Jiménez Piña, 2024; Ruiz de Chávez, 2024) y la clonación (cfr. Medina Arellano y Mendoza Cárdenas, 2019); estos temas se abordaban a partir de lineamientos internacionales, los cuales tendían a considerar patrones generales de análisis, en los que las condiciones contextuales, las características políticas y económicas, o las circunstancias de desigualdad y pobreza propias de los contextos latinoamericanos.

Así, el campo bioético se instauró, mediante recomendaciones e instrucciones por parte de organismos internacionales que establecieron principios éticos que legitimaron y formalizaron los procesos institucionales nacionales, pero a su vez encorsetaron a la bioética en marcos normativos con poco o ningún compromiso ante las complejidades y particularidades de cada país (Maglio, 2018; Lolas Stepke, 2010). Estas estrategias propiciaron una homogenización de la bioética en México, y acotando y rechazando potenciales herramientas transformadoras ante las desigualdades estructurales.

De este modo, el camino que ha tomado la bioética institucionalizada no ha promovido la reflexión crítica frente a la moralidad que rige la práctica médica. Por el contrario, se ha convertido en un proceso técnico, administrativo y burocrático más que se ajusta a la exigencia moral de cumplimiento biomédico, con parámetros establecidos que no influyen en el campo del saber del personal de la salud. Es decir, más que un campo reflexivo, la bioética institucionalizada ha pasado a formar parte de las lógicas y las prácticas instrumentales dentro de los espacios hospitalarios y clínicos.

## **La burocratización bioética en el contexto latinoamericano**

Desde una perspectiva latinoamericana, los años noventa del siglo XX fueron un período de emergencia de las reflexiones bioéticas enfocadas en las problemáticas de pobreza, inequidades y exclusión social, además de los desafíos tecnológicos (Mora Sánchez, 2010). En tal contexto, se originaron múltiples debates sobre si los organismos institucionales y profesionalizantes estaban preparados para afrontar dichos problemas. Los intentos por ampliar la conceptualización sobre los elementos a evaluar en la toma de decisiones e incorporar las problemáticas que surgen en la región, ya sea frente a la vida, la muerte, la salud o a la enfermedad, se volvieron insuficientes.

El marco normativo de cada país se legitima y regula a través de organismos internacionales, tales como la UNESCO, los cuáles propiciaron programas en Latinoamérica para promover la capacitación y la formalización de comités de bioética para la protección de las personas inmersas en investigaciones biomédicas, y para la promoción de la equidad de género y de los derechos humanos a nivel internacional (cfr. Maglio, 2018). Sin embargo, los programas propiciados por este organismo siguen siendo de corte normativo y no promueven en la práctica una ética transformadora, situándola únicamente en marcos burocratizados que no aportan más que lineamientos. Se establecieron lineamientos con respecto al sistema de atención a grupos vulnerables y sobre el respeto por la diversidad sociocultural a nivel nacional, pero su cumplimiento continúa siendo limitado.

Una de las propuestas impulsadas por la UNESCO, desde la década de los noventa, e implementadas a nivel mundial, es la entrega de herramientas para fortalecer las capacidades en bioética en

las naciones de Latinoamérica. En México, esta intervención se desarrolla a través del Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPBE), el cual opera a través de un curso en línea impartido de manera anual desde el año 2006, en distintos países de América Latina (cfr. Vidal, 2012). Aunque este programa intenta abordar a través de contenidos actualizados y del desarrollo de estrategias metodológicas y comunicativas de los programas virtuales y presenciales sobre las diferentes problemáticas del sector de la salud, se sigue presentando la dificultad de la adaptación a las necesidades de cada país en el territorio latinoamericano, así como las problemáticas con las que se enfrentan a nivel institucional y sectorial. No se implementan currículos críticos que se enfrenten a las problemáticas socioculturales ni tampoco orientados al desarrollo de una mirada crítica sobre los valores, creencias y representaciones sociales que influyen en la práctica del personal de la salud, generando una situación paradójica.

## **El principalismo y su hegemonía en la bioética en México**

Como lo hemos señalado, organizaciones como la CONBIOÉTICA, la Academia Nacional Mexicana de Bioética y el Colegio de Bioética, han centralizado y burocratizado los procesos de toma de decisiones éticas en México, de modo que se priorizan factores de riesgo y beneficio a nivel biomédico, y se dejan fuera aquellas problemáticas socioculturales de exclusión y desigualdad en la práctica médica del sector salud que ponen en disputa elementos de diversidad, poder y derechos colectivos.

Esta forma de abordar las problemáticas bioéticas no es azarosa, sino que atiende a lógicas propias del sistema de pensamiento propio de la biomedicina. Como lo han señalado diversas autoras

(Aliseda, 2022; Villanueva, Aliseda y Calderón, 2022; Luna, 2008), la estructura epistémica del pensamiento clínico se caracteriza por una forma de pensar los problemas basada en la racionalidad, la operacionalización de los problemas, el pragmatismo y la corroboración-comprobación de aquello que se pretende abordar. Esta estructura de pensamiento hace que se favorezcan teorías que puedan resolver problemas y que demuestren tener resultados inmediatos y tangibles, aun cuando ello sacrifique la complejidad del abordaje.

En este sentido, no resulta extraño que la bioética haya sido incorporada a las reflexiones biomédicas por medio del principialismo, el cual puede resultar en una forma operativa de abordar las complejidades relacionadas con la vida (Luna, 2008). A partir de pensar la realidad en el marco de cuatro principios —autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia—, la bioética se convierte en una receta que debe replicarse si es que se quiere atender a un discurso bioético.

Podemos ejemplificar un caso cotidiano dentro de la práctica clínica, que, en teoría apela a un elemento fundamental de la bioética y de la teoría principialista de Beauchamp y Childress, que, no obstante, ha terminado convirtiéndose en un requisito administrativo: el consentimiento informado.

Desde hace años, en México, es un requisito el contar con el consentimiento informado para validar la legitimidad —ética y legal— de las intervenciones médicas sobre las personas usuarias de los servicios de salud. Si bien, el consentimiento informado en un principio se puede considerar como la manifestación más acabada de la autonomía de los pacientes, en la práctica clínica dentro del sector salud se ha reducido a un trámite,

en el que todo el proceso comunicativo entre el profesional de salud y la persona que es atendida se ve minimizado a un documento con firma. El proceso burocrático termina por caricaturizar la autonomía del paciente.

Este ejemplo, el del consentimiento informado, es resultado de las exigencias de organismos internacionales y nacionales que, en su afán de profesionalizar y difundir la bioética, han elaborado una serie de exigencias administrativas que permitan reforzar prácticas autoritarias de la biomedicina.

En definitiva, el sector de la salud en México, a pesar de tener una infraestructura legal para una práctica que tenga conciencia ética sobre sus decisiones, en la realidad carece de una aplicación justa y transparente de esta. La formalización de la profesión médica requiere de estas instituciones para la legitimación y formalización de sus procesos. No obstante, las instituciones y los comités bioéticos institucionalizados no han sido suficientemente eficaces para responder a las demandas sociales de esta manera.

### **Perspectivas críticas en bioética y la apuesta por repolitizar el cambio**

Las perspectivas críticas de la bioética han apuntado que los marcos dominantes de la disciplina, que se originan del paradigma biomédico y el principialismo, no han sido suficientes para afrontar las profundas disparidades económicas, sociales y culturales de América Latina y México (Garrafa y Porto, 2008; Oliveira y Osman, 2017). Se puede entender la permanencia de los marcos hegemónicos a través de la carga que tienen las políticas que imitan epistemologías colonizadas y dejan fuera otras opciones éticas localizadas y el conocimiento local.

Se ha argumentado en contra de la corriente principialista cuando se aplican los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía sin tener en cuenta el contexto, no se tratan los factores estructurales que restringen su aplicación en contextos donde existe pobreza, desigualdad de género y desigualdad interseccional (Oliveira y Osman, 2017). En estas circunstancias, la bioética principialista intenta aplicar principios de justicia y beneficencia que no consiguen abordar las formas de exclusión que emergen a partir de dinámicas sociales, culturales y económicas, marcadamente desiguales.

A pesar de la influencia global de agencias e instituciones, la bioética latinoamericana ha estado centrada en normativas importadas, encasillando a la reflexión ética en esquemas tecnocráticos y universales, dejando al margen las necesidades locales. Los principales problemas de salud que caracterizan a América Latina como el acceso desigual a los servicios, la pobreza y precariedad que enfrentan las comunidades rurales, así como el racismo y la discriminación que viven a diario las identidades étnicas y de género en toda la región, son abordados de manera limitada por el discurso bioético (Garrafa y Porto, 2008).

El predominio de enfoques externos frente a los problemas locales se refleja en una desconexión entre la bioética y la institucionalidad en el ámbito de la salud. Un ejemplo concreto de esta insuficiencia es la exclusión de los saberes y prácticas de salud que poseen las poblaciones afrodescendientes y de pueblos originarios. A la par que refuerza un esquema de colonialidad del saber, la bioética institucional limita a su vez la pluralidad epistemológica y la lucha contra la colonialidad del poder que reproduce la lógica biomédica hegemónica (Oliveira y Osman, 2017).

La urgencia de formular marcos críticos para la bioética proviene, además de los reclamos normativos, de la constatación empírica de que grandes sectores de la población no gozan del derecho a la salud, lo que refleja una profunda brecha sanitaria y una reiteración de la violación de los derechos humanos en la región (Garrafa y Porto, 2008). Por lo tanto, la bioética requiere generar marcos interpretativos y estrategias de intervención más adecuados, así como contribuir a generar políticas de salud más justas y equitativas. Diversas corrientes críticas como el feminismo y las teorías de la justicia social señalan que la bioética hegemónica tiende a invisibilizar las desigualdades estructurales de género, raza y clase social y, por lo tanto, no contribuye a la transformación de esta realidad (Petersen y Karahanci, 2013; Oliveira y Osman, 2017).

Las corrientes de justicia social, por su parte, plantean que es necesario comprender la vulnerabilidad como un fenómeno social e histórico donde existe la intersección entre género, raza, etnia, pobreza, clase social, discapacidad, lugar de residencia y territorio, así como otros múltiples factores que deben ser considerados para la formulación de las políticas sanitarias (Oliveira y Osman, 2017). Es por esto por lo que, las éticas biomédicas dominantes son consideradas insuficientes para responder a las demandas de una bioética social más sensible a los sistemas de atención colectiva, en tanto que éstas centran su atención en el individuo y no en los condicionamientos sociales de la salud y la enfermedad.

Además de lo anterior, las corrientes de crítica sociológica han resaltado que la bioética dominante ha abordado principalmente dilemas morales que tienen relación con las tecnologías médicas de los países centrales y los conflictos que se dan al inte-

rior de las instituciones sanitarias de los mismos, dejando de lado las problemáticas de las poblaciones periféricas. Por ejemplo, uno de los aspectos no suficientemente abordados en la bioética dominante es el impacto que tienen los determinantes sociales de la salud sobre las condiciones de vida de los más pobres, así como sus consecuencias sobre la inequidad en la salud (Petersen y Karahanci, 2013).

Por otro lado, en relación con la metodología, estas corrientes de crítica proponen análisis interseccionales y la visibilización de las múltiples formas de poder que actúan en el terreno de la salud, más allá de la supuesta neutralidad de las estructuras institucionales de la bioética (Oliveira y Osman, 2017). Por su parte, la bioética de intervención plantea el tratamiento desigual de los desiguales como una de las maneras de oponerse de manera estratégica frente a las desigualdades existentes (Garrafa y Porto, 2008; Porto, 2014). Estas formas de abordar los problemas sociales ponen en cuestión el postulado de la neutralidad bioética como principio rector de las decisiones en salud. En cambio, abogan por adoptar estrategias diferenciadas y situadas que prioricen recursos y derechos en las comunidades más pobres.

Lejos de aplicar principios bioéticos universales, la bioética de intervención, por ejemplo, asume un compromiso político para transformar las condiciones de exclusión que determinan inequidad en salud. De este modo, además de un análisis ético y político de la realidad, genera estrategias de intervención que aseguren mayor acceso a la salud en las comunidades vulnerables a través del diseño de políticas de atención diferenciales y el desarrollo de programas de formación en bioética que tengan como ejes centrales la justicia social y los derechos colectivos (Garrafa y Porto, 2008).

No obstante, la bioética se institucionalizó y globalizó a través de las agendas promovidas por las agencias internacionales, incluyendo dentro de éstas a las agendas propias de la industria farmacéutica que, además de la mercantilización de la salud, generaron cambios en el campo de la bioética que impulsaron la creación de Comités de Bioética, así como la implementación de regulaciones legislativas en este ámbito (Penchaszadeh, 2018; Petersen y Karahanci, 2013). La promoción de estas agendas, caracterizadas por una “bioética aséptica” que se aplica sobre los mecanismos administrativos y de legislación que buscan garantizar la correcta aplicación del marco normativo, deja fuera de la atención bioética a las dinámicas sociales y económicas que son responsables de la inequidad en la salud.

Así, por ejemplo, además de las diversas formas de intervención metodológica, como los análisis interseccionales y de las formas de poder, existen perspectivas teóricas de tipo transdisciplinar e intercultural que contribuyen a establecer puentes de conexión entre los distintos saberes que influyen sobre la bioética. Estos marcos contribuyen a dar cuenta de la pluralidad de los marcos normativos desde la bioética, pues al atender a múltiples perspectivas, es factible establecer una pluralidad en los esquemas bioéticos con miras a que los retos éticos que se presentan ante el campo sean atendidos a partir de la singularidad de cada situación (Oliveira y Osman, 2017; Penchaszadeh, 2018).

### **A manera de cierre: Propuesta de transformación crítica**

La crítica a la neutralidad metodológica es una condición que ha despoltizado la bioética al pasar por alto la gravedad de las injusticias en los

contextos latinoamericanos, evitando hablar explícitamente sobre la importancia del conflicto político y la influencia de las relaciones de poder que determinan la capacidad de acceder a una buena calidad de salud. Los marcos teóricos tradicionales, bajo la hegemonía de la imparcialidad y objetividad científica, han decidido ajustarse a normas internacionales ignorando la relevancia de tratar las necesidades y los problemas específicos que requieren las realidades de América Latina (Garrafa y Porto, 2008; Porto, 2014). Repolitizar la bioética significa ampliar las estructuras normativas, cuestionar sus usos e interpelar la implementación de lógicas tecnocráticas que han restringido la actuación emancipadora y crítica originaria de la bioética.

Plantear una ética sanitaria con fundamento en la solidaridad, la justicia distributiva y la acción colectiva implica una responsabilidad política antes que procedimental. Deslegitimar la neutralidad moral de la institucionalización de la bioética y dar cuenta de que las normas y procedimientos deben adaptarse a los contextos implica politizar y situar el conflicto dentro del pensamiento bioético. Solo de este modo el accionar de la bioética logra trascender la administración de los conflictos morales (cfr. Porto, 2014).

Desde la perspectiva de la justicia epistémica, es urgente consolidar la enseñanza de la bioética en América Latina para sobrepasar el dominio del saber eurocéntrico. Para el desarrollo bioético, es esencial integrar las cosmologías y los conocimientos de las comunidades originarias y otros grupos del sur global, con el fin de generar saberes que trasciendan los marcos epistémicos que suelen cuestionar la legitimidad de nuestros valores, nuestras vivencias y nuestra capacidad para actuar en conjunto (Pratt y de Vries, 2023).

En consecuencia, el estudio interseccional supone que las desigualdades en los sistemas sanitarios han de interpretarse a partir de relaciones estructurales y dinámicas de subordinación y exclusión, que son producidas por la combinación de diferentes factores sociales como el género, la raza, la discapacidad, la ubicación geográfica, etc. Identificar estos factores no solamente como elementos de análisis, sino también como expresiones que, a través de su interseccionalidad, posibilitan entender los procedimientos que se llevan a cabo en las prácticas sanitarias y en los grupos involucrados, es lo que permite reorientar las acciones sanitarias (cfr. Porto, 2014; cfr. Stramondo, 2023).

## Referencias bibliográficas

- ALISEDA, A. (2022). “Hacia una caracterización del razonamiento clínico: Una perspectiva epistemológica”. En: Aliseda, A., Calderón, C. y Villanueva, M. (eds.) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, 63-79.
- CANO VALLE, F. (2024). “Los inicios de la Bioética en México”. En: Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 19-26.
- CANO VALLE, F. y NERI VELA, R. (2012). “Educación en Bioética en México”. En: Vidal S. (ed.) *La Educación de Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. Programa de América Latina y el Caribe en Bioética y Ética de la Ciencia, 261-278.
- ELLIOT, C. (2005). “The Soul of a New Machine: Bioethicist in the Bureaucracy”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14 (4), 379-384.
- FERREIRA, S. y FLOR DO NASCIMENTO, W. (2015). “La bioética de intervención en el contexto del pensamiento latinoamericano contemporáneo”, *Revista RedBioética*, núm. 23 (2), 281-288.
- FLOR DO NASCIMENTO, W. y GARRAFA, V. (2010). “Nuevos diálogos desafiantes desde el sur: colonialidad y Bioética de Intervención”, *Revista colombiana de bioética*, núm. 5(2), 23-37.
- GARRAFA, V., y PORTO, D. (2008). “Intervention bioethics: Epistemology for peripheral countries”, *Journal International de Bioéthique*, 191, 87.
- LANDÍN LÓPEZ, A. y JIMÉNEZ PIÑA, R. (2024). “Trazos Históricos. De un grupo de estudio a una Comisión Nacional de Bioética”. En Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 89-97.
- LOLAS STEPKE, F. (2022). “Salud, medicina y derecho: aporías del discurso bioético”, *Estancias. Revista de Investigación en Derecho y Ciencias Sociales*, núm. 2(4), 133-150.
- LOLAS STEPKE, F. (2010). *Bioética en América Latina: Una década de evolución*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud.
- LUNA, F. (2008). “Planteos clásicos y teoría de principios”. En: Luna, F. y Salles, A. (coord.) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 23-78
- LUNA, F. y SALLES, A. (2008). “Introducción”, En Luna, F. y Salles, A. (coord.) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 11-20.
- MAGLIO, I. (coord.) (2018). *Los comités y las comisiones nacionales de bioética* (1ª ed.). Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.
- MEDINA ARELLANO, M. y MENDOZA CÁRDENAS, H. (2019). *Tecnologías de reproducción asistida. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- MORA SÁNCHEZ, A. P. (2010). *Perspectiva de la Bioética en América*. La Habana: Universidad Médica de La Habana, Facultad de Medicina.
- OLAIZ-BARRAGÁN, G., TOVAR-LÓPEZ, K., CRUZ-MAYA, B., GONZÁLEZ-ROLDÁN, E. (2022). “Bioética y política pública en México”, *Gaceta Médica de México*, 158, pp. 144-149.
- OLIVEIRA, M. d. J., y OSMAN, E. (2017). “Bioethical pluralism: Latin American contributions to bioethics from a decolonial perspective” *Revista bioética* (Impresa), núm. 25(1), 52-60.
- PENCHASZADEH, V. (2018). “Bioética y salud pública”, *Revista Iberoamericana de Bioética*, núm.07, 1-15.
- PETERSEN, A., y KARAHANCI, O. (2013). “From

- bioethics to a sociology of bio-knowledge”, *Social Science y Medicine*, 98, 264-270.
- PORTO, D. (2014). “Bioética en Latinoamérica: desafío al poder hegemónico”. *Revista bioética* (Impresa), núm. 22(2), 214-225.
- PRAT, B. y DE VRIES, J. (2023). “Where is knowledge from the global South? An account of epistemic justice for a global bioethics”, *Journal of Medical Ethics*, núm. 49(5), 325-334.
- RUIZ DE CHÁVEZ-GUERRERO, M. (2014). “Veinte años de bioética en México: desarrollo y perspectivas de la Comisión Nacional de Bioética”, *Cirugía y Cirujanos*, núm. 82(6), 699-708.
- RUIZ DE CHÁVEZ-GUERRERO, M. (2024). “Consolidación y Modernización de la Comisión Nacional de Bioética”. En: Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 54-67.
- SALAMANCA, M. (2020). “Éticas del cuidado, decolonialidad e interculturalidad”, *Revista RedBioética*, año 11, núm. 1(21), 59-67.
- SHORE, C. (2024). “The bureaucratization of ethical integrity: Research ethics committees and imaginaries of risk”, *Anthropology Today*, Volume 40, Issue 2, 8-10.
- STRAMONDO, J. (2023). “Bioethics and the Power Asymmetry Contextualizing Experience”, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 23, 1-3.
- TARASCO MICHEL, M. (2024). “El impulso de la Bioética en México, hacia la conformación de una Comisión Nacional”. En: Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 12-18.
- VIDAL, S. (ed.) (2012). *La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe*. Montevideo: UNESCO.
- VIESCA, C. (2008). “Bioética, conceptos y métodos”. En: González, J. (coord.) *Perspectivas de Bioética*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 53-89.
- VILLANUEVA, M., ALISEDA, A. y CALDERÓN, C. (2022). “El territorio de la filosofía de la medicina: un mapa de sus problemas, conexiones con disciplinas afines y subcampos de investigación”. En Aliseda, A. Calderón, C. y Villanueva, M. (Eds.) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, 63-79.

# Tejiendo salud con las niñeces: Un enfoque crítico desde la Salud Colectiva y las metodologías participativas

---

María Del Carmen Cortés Quiroz\* • Avelina Landaverde Martínez\*\*  
Azucena Ojeda Sánchez\*\*\*

---

## RESUMEN

Este ensayo busca ofrecer una comprensión integral, ética, política y transformadora sobre los procesos de investigación comunitaria con las niñeces indígenas en edad escolar (6 a 11 años) y hace una propuesta teórico-metodológica alternativa para abordar su Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC). Para trascender los enfoques tradicionales de salud pública, el escrito articula cuatro elementos clave, inspirados principalmente por la Medicina Social Latinoamericana (MSL): 1) Salud Colectiva (SCL), como el marco teórico y de conocimiento principal; 2) Determinación Social de la Salud (DSS), como el concepto central de la SCL; 3) Epidemiología Crítica, como la herramienta disciplinaria fundamental y 4) Metodologías Cualitativas de Investigación Participativa como el componente práctico y de acción (brazo praxeológico). Este enfoque propuesto va más allá de la perspectiva puramente biológica y aborda la salud de los niños y niñas en el ámbito comunitario y colectivo como un proceso inherentemente complejo, histórico, social, ético y político. Su meta final es hacer una propuesta teórico-metodológica, que contribuya a que avancen los procesos de investigación y generación de conocimiento *con, de y para las niñeces*, que permita fortalecer su capacidad de agencia y realizar transformaciones en las condiciones que impactan su salud.

**PALABRAS CLAVE:** Salud de las niñeces, Salud Colectiva, Epidemiología Crítica, Metodologías participativas

\* Profesora investigadora del área social en la licenciatura de Odontología en la FES-Zaragoza. Correo electrónico: [carmenda07@gmail.com](mailto:carmenda07@gmail.com)

\*\* Profesora en la licenciatura de Nutrición en la FES-Zaragoza. Correo electrónico: [avelinalm@hotmail.com](mailto:avelinalm@hotmail.com)

\*\*\* Profesora en la licenciatura de Medicina en la FES-Zaragoza. Correo electrónico: [azucenaojedasan@yahoo.com.mx](mailto:azucenaojedasan@yahoo.com.mx)

**Fecha de recepción:** 19 de septiembre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 11 de diciembre de 2025.

## **Weaving health with children: A critical approach from collective health and participatory methodologies**

### **ABSTRACT**

This essay seeks to offer a comprehensive, ethical, political, and transformative understanding of community research processes with Indigenous school-aged children (6 to 11 years old) and proposes an alternative theoretical and methodological framework for addressing their Health-Illness-Care-Attention Process (HICAP). To transcend traditional public health approaches, the paper articulates four key elements, primarily inspired by Latin American Social Medicine (LSM): 1) Collective Health (CH), as the main theoretical and knowledge framework; 2) Social Determinants of Health (SDH), as the central concept of CH; 3) Critical Epidemiology, as the fundamental disciplinary tool; and 4) Qualitative Participatory Research Methodologies as the practical and action-oriented component (praxeological arm). This proposed approach goes beyond a purely biological perspective and addresses children's health within the community and collective context as an inherently complex, historical, social, ethical, and political process. Its ultimate goal is to develop a theoretical and methodological framework that contributes to advancing research and knowledge generation processes with and for children, empowering them to become agents of change and transform the conditions that impact their health.

**KEYWORDS:** Children's Health, Public Health, Critical Epidemiology, Participatory Methodologies.

### **Introducción**

En México, residen aproximadamente de 12.8 a 13 millones de niñas en edad escolar (6 a 11 años), cifra que constituye el 35.5% de la población infantil (INEGI, 2025). A pesar de su número, miles de estos menores carecen de acceso a servicios esenciales como protección, educación y salud. Esta precariedad se origina en un sistema capitalista global que prioriza la mercantilización, privatización, competencia y consumo desmedido. Estas prácticas no solo amenazan la sostenibilidad del planeta, sino que ponen en grave riesgo la vida de la población, especialmente la de las niñas.

A pesar de la existencia de marcos jurídicos internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y nacionales como la Ley

General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que mandatan garantizar el más alto nivel de salud, educación y bienestar para esta población. Estadísticas recientes de Pobreza Multidimensional 2016–2024 del INEGI, muestra una realidad profundamente alarmante en el bienestar de niñas, niños y adolescentes. Por ejemplo, en 2024, 35.7% de la población de 0 a 17 años presentaba carencia por acceso a servicios de salud, mientras que 17.1% enfrentaba carencia por acceso a una alimentación nutritiva y de calidad, lo cual se extiende a otros ámbitos, como la educación, donde en este mismo año, el 10.6% de las personas entre 3 y 17 años, presentaba rezago educativo, equivalente a 3.4 millones de niñas, niños y adolescentes (INEGI, 2024).

Frente a esta crisis, la salud pública exige una reorientación urgente de las acciones sanitarias y de investigación para mitigar las desigualdades y promover la equidad. Las niñas enfrentan retos complejos derivados de su entorno social, conductual y ambiental. Aunque se han hecho esfuerzos internacionales y nacionales para reconocer a menores como sujetos de derechos humanos que requieren asistencia especial, organismos internacionales como UNICEF (2024) confirman que siguen siendo el grupo más vulnerable a las condiciones que comprometen su bienestar.

El período escolar (6 a 11 años) es crucial, pues los indicadores de salud en esta etapa reflejan directamente la eficiencia de las políticas nacionales en nutrición, salud y educación (OMS, 2018). Las políticas neoliberales han fracturado el sistema sanitario, mercantilizando el derecho a la salud y generado desigualdades persistentes. Estas inequidades limitan el acceso y construyen relaciones asimétricas que se manifiestan en la calidad de la vivienda, saneamiento, alimentación y acceso a servicios, además de generar sufrimiento psicosocial donde la niñez es particularmente sensible (Chaves y Sedano, 2022; Reboucas et al., 2022).

A pesar de los avances de salud pública en México, en la edad escolar persisten enfermedades prevenibles e interconectadas. Donde particularmente las niñas rurales e indígenas son las más afectadas, mostrando una alta incidencia de enfermedades y problemáticas complejas. Por ejemplo, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2023 muestran esta disparidad, donde uno de cada tres niñas y niños de 5 a 11 años a nivel nacional, padece sobrepeso u obesidad. En contraste, factores como residir en localidades urbanas y vivir en un hogar que tenga

algún miembro hablante de lengua indígena incrementa la probabilidad de presentar sobrepeso y obesidad en menores de 5 años (Rivera et al., 2024).

Aunque la desnutrición en la niñez ha disminuido en México, sigue siendo un problema especialmente en comunidades rurales e indígenas, datos recientes muestran que la desnutrición crónica en la población indígena-rural alcanza el 23,9%, casi el doble que la registrada en la población no indígena (12,0%) (Shamah-Levy, et al 2023). Esto confirma que las niñas indígenas presentan la mayor carga de la desnutrición crónica debido a la precariedad de vida. Otro ejemplo es la caries dental vinculada a factores biológicos, conductuales y socioeconómicos, mostrando una influencia recíproca con el IMC y los hábitos dietéticos, esta condición bucal afecta a más del 70% de las infancias rurales (Gutiérrez-Carillo et al., 2022; Márquez-Pérez et al., 2023; SIVEPAB, 2024).

Así mismo persisten otras condiciones como el retraso del crecimiento, impulsado por la interacción de una nutrición deficiente, saneamiento inadecuado y patógenos, que dan lugar a procesos mórbidos como la Disfunción Entérica Ambiental (DEA); condición, prevalente en las niñas de regiones con saneamiento precario, bajos niveles socioeconómicos, deficientes condiciones sanitarias, falta de acceso médico y ciertas barreras culturales (Menéndez-Arias et al., 2021; Romero-Martínez et al., 2022) donde el fracaso de algunas intervenciones nutricionales y vacunas enfatiza la necesidad de un enfoque crítico e integrado (Syed et al., 2016; Salazar et al., 2020; Cowardin et al., 2023). Los factores estructurales, como la distribución desigual de recursos y poder, determinan las condiciones de vida. La baja disponibilidad de alimentos saludables y el riesgo de

inseguridad alimentaria, sumados a la preferencia cultural por productos ultraprocesados, generan vulnerabilidad económica y social, predisponiendo a las niñas a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas (desnutrición, obesidad, diabetes, caries) a edades tempranas (Orozco et al., 2022).

La educación es un agente fundamental para la promoción de la salud y la transformación social (Cruz et al., 2024). El bienestar de las niñas debe abordarse desde una perspectiva de ciclo de vida, reconociendo que las privaciones tempranas tienen consecuencias a largo plazo en la salud y la capacidad de las futuras generaciones (Halfon et al., 2022). Debido a esta complejidad multifactorial, el enfoque biomédico tradicional o como denominó Menéndez (1988) el modelo médico hegemónico presente en la atención clínica y en la atención primaria a la salud, se caracteriza por ser biologicista, individualista, ahistórico, mercantilista, jerárquico y autoritario, por lo que resulta insuficiente, ya que tiende a fragmentar o simplificar las causas.

Por lo tanto, se requiere de un enfoque holístico y crítico para abordar de manera integral el fenómeno de la salud-enfermedad en la infancia (Pérez Martínez, 2022; Padrón-Monedero, 2023). En este sentido la Salud Colectiva Latinoamericana (SCL) subraya que estos problemas no son resultado de fallas individuales, sino de un proceso social, histórico y dinámico. Desde esta óptica, la investigación en salud rural e indígena debe adoptar un marco crítico orientado a la transformación social. Ante las profundas desigualdades que afectan el bienestar de las niñas en México, principalmente aquellas que viven en contextos de vulnerabilidad, como las y los escolares indígenas, surge la necesidad de

replantear los enfoques que la academia y el área de la salud usa para aproximarse a ellas. En este marco, este ensayo responde a una necesidad real en nuestro trabajo de investigación y docencia, ¿qué herramientas teórico-metodológicas pueden potenciar el trabajo con y para las niñas en situaciones de vulnerabilidad, permitiendo no sólo comprender sus experiencias sino también acompañar transformaciones reales en su entorno y salud?

### **Deshaciendo el nudo: El punto de partida, la ruptura epistemológica.**

La Salud Colectiva Latinoamericana (SCL), impulsada por la Medicina Social (MSL), representa una ruptura radical con la salud pública convencional. Desde esta postura se propone un marco epistemológico, ético y político que enfatiza el conocimiento situado para analizar los problemas de salud de las niñas. Esta perspectiva critica la noción positivista de que el conocimiento en salud es neutro y objetivo, afirmando que los Procesos de Salud Enfermedad Atención y Cuidados (PSEAC) están, por el contrario, intrínsecamente ligados a los contextos históricos, sociales, culturales y políticos donde ocurren.

Tanto la SCL como la MSL representan una corriente de pensamiento crítica en el campo sanitario que surgieron como una alternativa al paradigma positivista y medicalizado dominante en la salud pública global. Su campo de conocimiento científico se centra en los procesos históricos y sociales que determinan las condiciones de salud de los grupos humanos, su objetivo es superar las limitaciones del positivismo, el funcionalismo y el modelo causal lineal en la comprensión de la salud y profundizar en la construcción de una visión emancipadora de las ciencias de la salud y el

ambiente. Ambas corrientes tienen como categoría central a la Determinación Social de la Salud (DSS) como eje teórico de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública, utilizando categorías del pensamiento marxiano como “sistema económico”, “trabajo” y “clase social” y su vínculo con los perfiles de salud. Mientras que la Epidemiología crítica surge precisamente de esta ruptura con el paradigma hegemónico y positivista de la epidemiología clásica. Actuando como eje disciplinar y brazo diagnóstico de la Determinación Social de la Salud (DSS) que para cumplir con su objetivo ético-político de transformación social y emancipación humana necesita intrínsecamente metodologías que no sean lineales ni reduccionistas, tal como el enfoque de las metodologías participativas. Por lo tanto, la SCL se propone como el campo de conocimiento principal para investigar la salud de las infancias mediante la articulación de esta triada: Epidemiología Crítica, DSS y metodologías participativas que se articula en tres niveles clave: la ruptura paradigmática, el diagnóstico estructural y la praxis transformadora.

Algunos de los principales exponentes de estas posturas teóricas en América Latina son Naoimar Almeida Filho como uno de los representantes más importantes de la reflexión de la Salud Colectiva impulsada en Brasil que ha ayudado a definir la Salud Colectiva (Saúde Coletiva) como un campo interdisciplinario y político de conocimiento. Otro exponente relevante ha sido Jaime Breilh, autor con mayor continuidad y producción académica sobre la DSS, Breilh expone las diferencias y señala la ruptura que representan la DSS y la epidemiología crítica respecto a la epidemiología tradicional o clásica y Asa Cristina Laurell, con sus trabajos contundentes sobre la salud-enfermedad como proceso social donde

examina críticamente el impacto del neoliberalismo en el sistema de salud mexicano defendiendo la Medicina Social como herramienta política y analítica para abordar las desigualdades (Alemida Filho, 2018; Breilh, 2020; Laurell 2021).

### ***Fundamento Filosófico: El Realismo Crítico***

Estas corrientes críticas se fundamentan principalmente en el Realismo Crítico (RC), que se nutre del Materialismo Histórico-Dialéctico y retoma categorías marxianas como “sistema económico” y “clase social” para analizar la relación entre el sistema social y la salud de las poblaciones. El Realismo Crítico permite una visión estratificada de la realidad en tres dominios: lo real (transfactual), donde se presentan los mecanismos causales profundos (ej. el modelo económico) que existen independientemente de nuestra percepción.

Al respecto los procesos de investigación con las niñeces deben dirigirse a explorar y desarrollar estos mecanismos, y no solo limitarse a describir los problemas de salud o estilos de vida observables en los escolares; lo actual, es decir los fenómenos o eventos que resultan de dichos mecanismos y lo empírico que es lo observable o percibido por el sujeto investigador. En este marco explicativo la SCL, a través del RC, critica la “ingenuidad” de las posturas positivistas que limitan la realidad a lo empírico omitiendo los otros dominios (Soliz-Torres, 2020; Breilh, 2020; Ruiz-Taborda et al., 2021).

La SCL no es solo una propuesta teórica, sino una propuesta ético-política para la transformación. Para investigar a las niñeces rurales e indígenas, esta perspectiva exige metodologías críticas, como la Investigación Acción Participativa (IAP) o Investigación Participativa Comunitaria

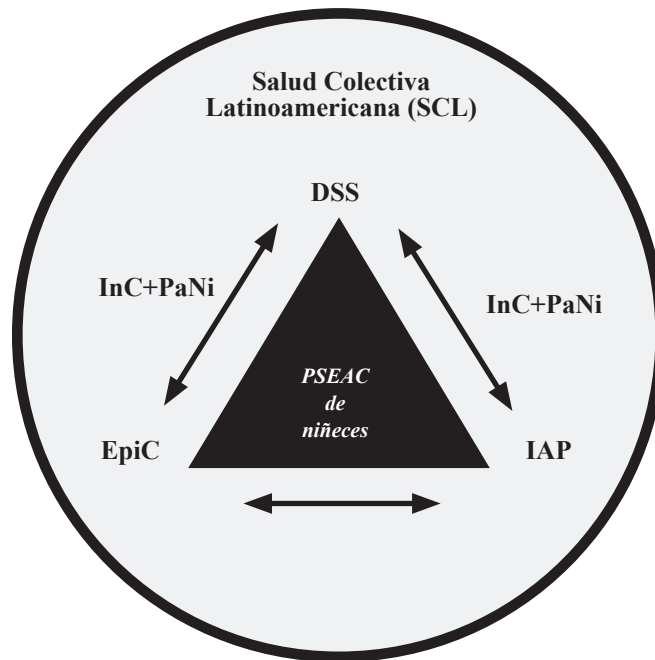
(CBPR), que aseguran la equidad y relevancia cultural para explicar cómo las estructuras de poder, el modelo capitalista y las relaciones de clase, género y etnia generan inequidades que se manifiestan en la salud de las niñas, en lugar de solo listar “determinantes” (Ruiz-Taborda et al., 2021). Este enfoque es esencial porque las comunidades rurales e indígenas son a menudo poblaciones vulneradas que enfrentan problemas de salud arraigados en desigualdades socioeconómicas profundas, así como barreras culturales y geográficas. La SCL propone un análisis estructural y jerarquizado a través de la DSS que aborda el PSEAC como una construcción compleja y multidimensional determinada por tres escalas interrelacionadas: el plano general (estructural) donde se condensan el modelo económico y las políticas que organizan la sociedad, el particular (grupal) expresado por los modos de vida de clases y comunidades y el singular (individual) donde se ubican los estilos de vida y biología, que son moldeados por los niveles superiores.

Comprender estos niveles es crucial, pues la salud de las niñas rurales e indígenas no solo depende de la genética o del acceso a servicios, sino de procesos estructurales como la pobreza, la precariedad laboral o la inseguridad alimentaria. En este sentido la llamada *salud infantil* es inseparable del metabolismo sociedad-naturaleza. Ya que la organización social (producción y consumo) impacta los ecosistemas y viceversa, generando efectos como el aumento de enfermedades zoonóticas por la invasión de territorios o la exposición a agrotóxicos y contaminación, a los que las niñas y niños son especialmente vulnerables (Ghazy et al., 2024; Anisuzzaman et al., 2023). La epidemiología clásica y su paradigma positivista (basado en la linealidad y el empirismo) han dominado la investigación en salud, centrándose

en modelos causales asociativos. Estos modelos, como la tríada ecológica, reducen la complejidad al vincular variables independientes (causas) con variables dependientes (efectos) y suponen que el todo se explica sumando las partes (Breilh, 2020). La SCL, junto con la epidemiología crítica, considera este enfoque multicausal y lineal como un obstáculo epistemológico, ya que restringe la dimensión ontológica de lo social. Para superar la mera enumeración de factores de riesgo aislados, la DSS proporciona a la epidemiología crítica el marco conceptual necesario para analizar la salud y la enfermedad desde una visión estructural y dialéctica. El objetivo de este marco es romper con el multicausalismo lineal y el modelo empírico-funcionalista, permitiendo nuevas formas de comprender los PSEAC de las niñas que trascienden los esquemas de investigación que reducen a las niñas y niños a cifras y mantienen relaciones jerárquicas con los investigados. (Ver figura 1)

La epidemiología crítica, al adoptar el Realismo Crítico, argumenta que la investigación no debe limitarse a lo que se ve (lo empírico), sino que debe indagar en los mecanismos causales profundos e invisibles (lo real) que están en la base de la enfermedad (Breilh, 2020). El fin de la epidemiología crítica es desarrollar las raíces socioambientales de los problemas de salud generados por el modelo de acumulación capitalista con un sentido de emancipación. Mediante el empleo de metodologías participativas como la Investigación Acción Participativa (IAP) es esencial para construir el conocimiento crítico con los saberes y la participación de las niñas y niños. En conclusión, la epidemiología crítica busca una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable (las 4 “S”) este concepto resume el horizonte político y ético de la DSS (Breilh, 2013).

**Figura 1. Marco teórico–metodológico para análisis del PSEAC con y de las niñas escolares indígenas**



**Figura 1. Marco teórico–metodológico para el análisis del Proceso Salud–Enfermedad–Atención–Cuidado (PSEAC) con y de las niñas escolares indígenas.** La propuesta articula cuatro componentes: la Salud Colectiva como marco teórico integrador, la Determinación Social de la Salud (DSS) como concepto estructurante, la Epidemiología Crítica (EpiC) como herramienta analítica y las metodologías cualitativas de Investigación Participativa (IAP) como componente praxeológico. Todo el modelo se orienta por dos principios transversales: la interculturalidad crítica (InC) y la participación de las niñas no adultocéntrica (PaNi).

### Tejiendo con y para las niñas: Sujetos de Derecho y Agentes de Cambio

El enfoque “ingenuo” tradicional en los procesos de investigación frecuentemente considera a la niñez solo como un objeto de estudio, esto produce distintos sesgos que merecen una crítica para su transformación. Se requiere desentrañar distintos problemas epistemológicos tales como la supuesta neutralidad en la concepción “del niño” que se sostiene bajo la creencia de una esencia, naturaleza inocente y frágil. Por otro lado, la supuesta universalidad parcializa la mirada a una sola infancia que por antonomasia es hegemó-

nica y ahistórica, por lo que niega las distintas experiencias corporales, afectivas y sociales de las niñas (Morales y Magistris, 2018; Morales, 2024). Este enfoque no solo resulta ingenuo, sino que constriñe las posibilidades de acción ante los PSEAC infantiles, cuando a las y los niños se les niega como sujetos de pensamiento y de acción.

Superar esto requiere como ya se mencionó de un enfoque de investigación que reconozca a la población escolar indígena como sujetos diversos, activos y valiosos con voz propia, capacidades y experiencia determinantes en la toma de decisiones comunitarias, así mismo reconocer y validar

sus conocimientos, interpretaciones e identidades. En el marco de este enfoque se busca que la comunidad de niñas y niños participe plenamente en todos los aspectos del proceso investigativo. Esto implica que tengan protagonismo en la formulación de las preguntas de investigación, los métodos e interpretación de los hallazgos. Para lograr lo anterior, quienes investigan debe desarrollar su capacidad de reflexividad sobre su propia identidad, experiencias vividas, subjetividades y sesgos. Esta autorreflexión constante permite tejer otros procesos de investigación con las niñas donde se deconstruye el rol tradicional del investigador que pasa de objeto- sujeto a sujeto-sujeto, centrando la participación de las niñas para revelar como es que las estructuras sociales y políticas (determinación social) configuran los procesos de salud, promoviendo que la investigación sea un vehículo para la justicia social (Breilh, 2020; Riádigos-Couso y Lorenzo-Campos 2024).

Otra herramienta teórico-metodológica que nos puede ayudar a situar a las niñas escolares indígenas, como agentes activos, es la interculturalidad crítica. De acuerdo con Basail Rodríguez (2022), la interculturalidad crítica se concibe como una perspectiva ética, política y epistémica, que cuestiona el uso institucional y funcional del interculturalismo usado para perpetuar la desigualdad y colonialidad que estructuran los encuentros entre grupos socioculturales. Este enfoque resalta la necesidad de reconocer saberes, memorias e historias que han sido subalternizadas, así como de disputar categorías hegemónicas, como raza, clase, género o nación, que producen exclusión (Basail Rodríguez, 2022). Desde esta mirada, la SCL coincide con los fines de la interculturalidad crítica, y permite un horizonte de análisis del PSEAC de las niñas escolares

indígenas, contextualizado, sensible a la historia, al poder, a la diversidad y a la interseccionalidad, generando conocimiento situado, con grupos históricamente marginados, comprometido con la justicia social.

Ante la necesidad de incorporar la participación y protagonismo de las niñas en los procesos de investigación y generación de conocimientos, se vuelve imprescindible contar con metodologías multidimensionales. En este sentido la SCL posibilita y potencia espacios, momentos y estrategias del ser y hacer participativo, permite incorporar métodos de investigación coherentes con estos principios. Tejiendo “hilos” con las metodologías de investigación cualitativas críticas y participativas que se articulan como la expresión práctica de los principios de la SCL, que se fundamentan en la necesidad de transformar las relaciones de poder jerárquicas en la producción de conocimiento y en la acción social (Contreras, 2023). Partiendo de que estas propuestas también cuestionan la supuesta “neutralidad” del investigador y la separación sujeto-objeto. Las metodologías críticas, como la Investigación-Acción Participativa (IAP) y la Investigación Participativa Comunitaria (CBPR), materializan esta ruptura al considerar a los miembros de la comunidad no como “objetos” de estudio si no como coinvestigadores y sujetos activos de conocimiento y acción (Tang, Jhonson, Kwesele Araujo y Sprague, (2022).

Las metodologías participativas no producen conocimiento, más bien se sumergen en un proceso de co-construcción de conocimiento colectivo y situado: en este sentido la ciencia, con una perspectiva crítica, es una producción social (Paño y Torrejón, 2023). Las metodologías críticas se basan en el principio del conocimiento situado, que sostiene que todo conocimiento es parcial y se

produce desde una posición específica y encarnada. Al respecto la filósofa Donna Haraway<sup>1</sup> argumenta que el objeto de conocimiento no es un recurso pasivo, sino un “agente ingenioso” que participa activamente en la producción de conocimiento (*cf.*: Trächtler, 2024). De esta manera las metodologías participativas crean colectivos heterogéneos que integran saberes académicos y comunitarios “otras formas de conocimiento”, respetando la autodeterminación y la reciprocidad (Thambinathan y Kinsella, 2021).

La complejidad del PSEAC en las niñeces exige superar los enfoques monodisciplinarios. La multidisciplinariedad y, más aún, la transdisciplinariedad son imperativos metodológicos y epistemológicos de la salud colectiva (Samaja, 2003). A participar se aprende participando, y por ello el papel de los distintos agentes a nivel local, regional, nacional o internacional es fundamental para promover desde distintos niveles la transversalidad del conocimiento y el fomento de la cultura democrática para generar y formar ciudadanía responsable, activa e inclusiva desde la infancia. La institución universitaria, siendo un referente en conocimiento, tiene el deber de impulsar una transformación en la investigación que la haga más participativa e inclusiva con las niñeces. Este nuevo enfoque es esencial para establecer escenarios donde se les permita y se les anime a ejercer plenamente su derecho a participar, asegurando

<sup>1</sup> En su ensayo “Conocimientos Situados”, la bióloga y filósofa de la ciencia Donna Haraway aborda la cuestión de la objetividad científica desde una perspectiva feminista y opta por una revisión de la ciencia que supera los dualismos tradicionales de sujeto y objeto epistémicos, así como de naturaleza y cultura (ciencia). Más allá del realismo científico y el constructivismo social radical, Haraway entiende la “naturaleza” o el “mundo” no como un recurso pasivo ni como un producto humano de la imaginación. Más bien, argumenta, el mundo debe entenderse como un “agente ingenioso” con su propia eficacia e historicidad en la producción de conocimiento. En lugar de la reificación, posesión y apropiación epistémica de la “naturaleza”, la producción de conocimiento debe entenderse como una conversación entre actores semióticos-materiales, humanos y no humanos, de la que ninguno de los actores sale como entró.

que sus voces y acciones se consideren en los proyectos de investigación sobre los temas que les afectan e implican tal como lo es la salud (Esteban, 2020).

La Investigación-Acción Participativa (IAP), definida por autores como Kemmis y McTaggart (2000), Fals-Borda (2000), y Freire (2005), es reconocida como un enfoque metodológico y epistemológico moderno. Este enfoque se basa en el análisis crítico que surge de la participación activa de la comunidad para generar cambios y transformaciones sociales. Actualmente, existe un creciente interés en utilizar la IAP con las niñeces, donde una proporción significativa de los estudios se centran en temas de salud (como actividad física, salud mental y nutrición) demostrando una preferencia por estas formas de comprender, reinterpretar y construir comunidades y sociedades con la inclusión de todos sus miembros (Rendón et al., 2024; Suazo-Galdamés, Chaple-Gil, Saracostt, 2025).

En resumen, impulsar una cultura de participación inclusiva requiere que todas las partes involucradas trabajen de manera conjunta y colaborativa. Para que esto sea posible, es fundamental reconocer a las niñeces como sujetos plenos de derechos y con capacidad de acción (agencia). Esto implica, tal como señala Skelton (2008), validar sus conocimientos, interpretaciones y acciones derivadas de su experiencia. Por lo tanto, es necesario promover y apoyar metodologías y experiencias participativas (Formoso et al., 2023) que fortalezcan la colaboración comunitaria entre niñeces y agentes de salud. El objetivo final es fomentar una identidad ciudadana en las niñas y niños, que sea participativa y comprometida con la justicia social y democrática en sus entornos (Llena y Novella, 2018; Úcar y Llena, 2006).

Así mismo, las metodologías críticas participativas valoran el conocimiento situado, es decir, el saber que emerge de la experiencia vivida de las personas en su contexto. Esto contrasta con el conocimiento “experto” positivista que se asume como universal y objetivo. En su lugar se promueve un “diálogo de saberes” donde el conocimiento académico y el comunitario colectivo se encuentran en un plano de horizontalidad para construir soluciones pertinentes. Esto representa una ruptura epistemológica que reconoce la agencia epistémica de las niñeces colectivas tradicionalmente marginadas (Edidin, 2022; De la Cruz Rojas y Corona, 2024).

Frente a la jerarquía del conocimiento académico universalista y positivista, las metodologías cualitativas críticas y participativas promueven la horizontalidad y el diálogo de saberes que valora el conocimiento situado, como un conocimiento legítimo y necesario. Cuando en estos marcos se proponen la transdisciplinariedad debe quedar claro que va más allá de la colaboración entre disciplinas académicas e implica un diálogo de saberes con actores no académicos y comunidades (Carmona-Moreno, 2020). Esto significa reconocer y valorar los conocimientos locales, indígenas, saberes populares y experiencias de grupos oprimidos que han sido históricamente silenciados por la ciencia hegemónica (Okoroji, Mackay, Robotham, Beckford y Pinfold 2023).

A partir de estos planteamientos se proponen la co-construcción del conocimiento con las niñeces, donde el saber académico y el comunitario se encuentran en un plano de igualdad para analizar la realidad y proponer soluciones. Como señala Consuelo Chapela, para que este diálogo sea posible, es fundamental aprender a escuchar, reconociendo que “sin escucha, la investigación se

convierte en una práctica que impone una visión del mundo y niega al Otro” (Chapela, 2023: 39; Chapela, 2024b). Entonces, es un acto de justicia epistémica que erosiona la práctica científica y la intervención hegemónica que parten de una visión adultocentrista y adultista (Morales, 2024).

El adultocentrismo es un sistema de poder y una perspectiva social que sitúa a la persona adulta (y sus experiencias, valores y conocimientos) como la norma central y superior y marginal a las personas no adultas (niños y niñas). La visión adultocéntrica se manifiesta en el proceso investigativo de varias maneras una de ellas, cuando la investigación no escucha a las niñeces, implícitamente está imponiendo la visión adulta sobre la realidad, el conocimiento y la salud de la infancia. Esto niega la validez de las experiencias, interpretaciones de las y los niños. Al ignorar la perspectiva de las niñeces, la investigación los reduce de sujetos activos con agencia y derechos a objetos de estudio pasivos, lo cual es la definición operativa del adultocentrismo. Esta cosificación es criticada por la Salud Colectiva, por que niega o minimiza la agencia, experiencia y conocimiento de los niños y niñas relegándolos a un rol pasivo en el estudio de los problemas que les afectan directamente. Esta visión es inherentemente jerárquica y reproduce relaciones desiguales de poder, lo que se considera un obstáculo metodológico y ético-político en la investigación crítica en salud. Los prejuicios que se imponen desde el mundo adulto terminan condicionando la participación de la niñez en temáticas que les importan y afectan. Por lo tanto, es necesario buscar un cambio de paradigma, abandonando la imagen adulto-céntrica en la que niños y niñas son importantes porque representan el futuro cuando, en realidad, ya forman parte del presente (Riádi-gos-Couso y Lorenzo-Campos (2024).

La Salud Colectiva proporciona el marco epistemológico, ético-político y metodológico para combatir el adultocentrismo, basándose en la necesidad de transformar las estructuras sociales injustas y las relaciones de poder asimétricas. El principio fundamental es romper con el posicionamiento jerárquico del positivismo. Las metodologías críticas buscan desestabilizar las relaciones de poder clásicas y ejercer el poder de manera horizontal. Esto implica delegar y distribuir responsabilidades a todas las partes involucradas, especialmente en la toma de decisiones que guían el rumbo del trabajo investigativo. En un contexto latinoamericano, el adultocentrismo es visto como parte de las pautas míticas de modernidad que se expresan en un adultocentrismo a escala mayor (países adultos vs. países niños). El combate implica descolonizar las formas de hacer salud y cuestionar los modelos europeos de investigación para avanzar hacia modelos conceptuales situados en nuestra realidad.

Por lo tanto, el tejido de nuestras prácticas investigativas debe apuntar hacia una praxis *con y para* las niñeces: Una epidemiología crítica de la salud infantil no se detiene en la descripción utilizando metodologías cualitativas críticas y participativas, busca generar conocimiento *con* las niñeces y sus comunidades para identificar las condiciones injustas y luchar por una vida más digna. Por ejemplo, un proyecto de fotovoz puede permitir que los propios niños, niñas y jóvenes documenten los factores que afectan su salud, dándoles una plataforma para la acción política y el cambio social (Nykiforuk, 2021). Desde luego existen otras metodologías participativas que permiten la producción de conocimiento intersubjetivo, tales como: etnografía colaborativa con niños (Guerrero, Peña y Dantas-Whitney, 2022), las cartografías y diagnósticos participativos entre otras (Rocha,

Mata, Salazar, Rosales y Galaviz, 2023; Sánchez, Novella-Cámara, Ruiz-Bueno y Martínez, 2025). Al mismo tiempo el uso de estas metodologías cualitativas transforma a quienes investigan como pensadores críticos (Haffejee, 2021). La participación no es meramente consultiva o utilitaria, sino que implica que la comunidad forme parte de todas las fases del proceso: desde la definición del problema y las preguntas de investigación hasta el análisis de datos y la difusión de resultados. El objetivo es que la comunidad tome control sobre su propia salud y transforme su realidad. Para ello, identificamos algunos principios básicos para la participación de las niñeces en los procesos de investigación.

Algunas investigaciones que apuntan hacia esta dirección se han diseñado con la intención de abordar diferentes problemáticas de salud en escolares tales como obesidad reportando hallazgos que muestran como la participación de las niñas y niños en el diagnóstico de su entorno (escuela, familia) influye en la elaboración de estrategias de intervención más efectivas y culturalmente apropiadas contra la obesidad (Flores-Peña, et al, 2022). En otros casos estas metodologías se han empleado para discutir la utilidad de la IAP para que los escolares identifiquen riesgos y propongan soluciones en su entorno educativo, transformado la salud escolar desde su propia visión (Gutiérrez-García y Rivas-García, 2020). También se han documentado estas intervenciones con niñeces indígenas centrándose en el diagnóstico inicial de salud materna e infantil, lo cual sienta las bases para futuras intervenciones efectivas (Serrano, Olmedo y Luna, 2021). En este sentido, la salud colectiva impulsa una perspectiva contrahegemónica para integrar posiciones políticas y experiencias comunitarias mediante la integración de acciones participativas y socioeducativas

**Tabla 1. Principios para la participación de niñas en procesos de Investigación-Acción Participativa (IAP)**

Principio	Implicaciones metodológicas	Ejemplos con niñas
<b>1. Co-generación del conocimiento</b>	Las niñas son las protagonistas participan en la definición del problema, preguntas, análisis y propuestas. Su experiencia se reconoce como saber válido.	Taller inicial donde niñas y niños deciden qué temas son importantes (alimentación, escuela, juegos, territorio). Ellos construyen mapas, dibujos o relatos para identificar problemas desde su perspectiva.
<b>2. Proceso emergente, flexible y no lineal</b>	Plan de trabajo adaptable; las fases de la IAP pueden reordenarse o repetirse según lo que niñas y niños consideran relevante.	Si un grupo quiere profundizar más en el tema del agua o del recreo escolar, se ajusta la agenda para permitir nuevas observaciones o actividades.
<b>3. Diálogo horizontal y no adultocéntrico</b>	Las relaciones no jerárquicas requieren de espacios que favorezcan el diálogo en igualdad, el rol de las personas adultas es de facilitación, no de autoridad epistémica.	Círculos de palabra donde todos hablan con el mismo turno y condiciones; decisiones sobre actividades tomadas por consenso y no por el equipo investigador.
<b>4. Enfoque ético basado en derechos de infancia</b>	Participación voluntaria, segura, informada, respetuosa y adecuada a las capacidades y ritmos escolares.	Explicar la investigación con materiales visuales en lengua indígena; permitir que cualquier niña o niño pueda retirarse de una actividad cuando lo desee.
<b>5. Investigación vinculada a acción transformadora</b>	Los hallazgos deben traducirse en acciones concretas, diseñadas junto con la niñez y la comunidad.	Crear un pequeño proyecto comunitario: huerto escolar, mejora del espacio recreativo, mural sobre alimentación saludable, taller de juegos tradicionales.

Fuente: Elaboración propia con base en Nichel (2018) y Hernández-Hierro (2021).

en torno a una concepción integral de salud integral, buscando que sea la comunidad quien se apropie del conocimiento para generar proceso de transformación desde dentro de la comunidad escolar (Águdelo-Ramírez, Galvis-Aricapa y Villegas-García, 2023; Cruz-Romero, Danilo y Ospina Lozano, 2024).

Al participar activamente, individuos y colectivos desarrollan capacidades y se reconocen a sí mis-

mos como agentes de cambio. Entonces la ciencia se convierte en una construcción colectiva donde las personas, al sentirse protagonistas, aportan un conocimiento más profundo y veraz. Este proceso de empoderamiento fomenta la autonomía y la capacidad de las comunidades para identificar y abordar sus propios problemas Rodríguez-Villasante (2022). La aplicación de metodologías cualitativas críticas con las niñas representa un paso crucial para materializar los principios de

la SCL, reconociéndolos como sujetos sociales y políticos con agencia propia (Soto, Barrientos y Tortosa, 2023).

Al involucrar a las niñas en procesos como diagnósticos participativos o la formulación de propuestas para el cuidado de su salud, se reconoce su agencia epistémica, es decir, su capacidad para producir conocimiento válido sobre su propia realidad. Esto les permite pasar de ser receptores pasivos de intervenciones a ser agentes activos en la construcción de su bienestar y el de su comunidad (Vargas, Whelan, Brimblecombe y Allendera, 2022).

Es así que el objetivo principal de tejer la salud con las niñas desde la SCL no es solo producir conocimiento, sino generar una praxis transformadora, es decir, una acción colectiva orientada a cambiar las condiciones de injusticia. La investigación comunitaria-colectiva se convierte así en una herramienta para la emancipación y la lucha social. La participación debe fomentar la conciencia crítica, que es esencial para el empoderamiento, la reflexión y la acción sobre las inequidades en salud. Las niñas, especialmente a partir de los 9 años, comienzan a desarrollar la capacidad de pensamiento crítico el cual es necesario para ver y comprender las propias estructuras, procesos, valores sociales y prácticas que buscan mejorar. El combate al adultocentrismo, por lo tanto, no es solo un ajuste ético, sino un requisito metodológico para lograr la validez y la transformación social que persiguen la Salud Colectiva (Hernán y D'Onofrio, 2020).

### **Reflexiones finales**

Las principales limitaciones para tejer procesos de investigación en salud colectiva *con, de y*

*para las niñas*, así como para la formación de investigadores en este campo sanitario y de investigación crítica se relacionan con obstáculos estructurales, metodológicos, epistemológicos e institucionales.

Las principales limitaciones de tipo estructural tienen que ver con el financiamiento y la tensión con las necesidades de las comunidades y la academia, ya que erróneamente no siempre se persiguen los mismos intereses, aunado a que frecuentemente en el campo de la salud se prioriza lo asistencial donde las investigaciones de tipo participativa se consideran secundarias o extraprogramáticas al quehacer habitual del investigador o de la institución que financia. En este sentido las actividades participativas de la comunidad no pueden estar supeditadas al cumplimiento de lo asistencial o del currículum de enseñanza médica habitual, todas estas tensiones generan resistencia institucional y una amenaza constante de cooptación.

Lo anterior es también un reflejo de las limitaciones en la formación de las personas investigadoras en el campo de la salud crítica arraigados en la hegemonía del pensamiento positivista y en las prioridades institucionales; a pesar del creciente interés, el enfoque y los principios de la salud colectiva y las metodologías críticas aún no se ha logrado incorporar de manera sistemática en la formación de pregrado, posgrado y educación continua en las universidades.

Otra limitación significativa es la ignorancia y el desinterés de las personas investigadoras respecto a la filosofía y la epistemología críticas. Esto provoca una subvaloración de la investigación cualitativa en los ámbitos académicos y de política pública. Frecuentemente, esta metodología es

percibida como superficial, de bajo costo y rápida, o es desestimada de forma peyorativa como mero “activismo”. Esta deficiencia se agrava por una falta de formación en el nivel de pregrado, lo que resulta en que los futuros profesionales puedan cuidar de las herramientas y técnicas necesarias para emplear metodologías críticas y participativas. En consecuencia, las/os profesionales de la salud, por ejemplo, no desarrollan la capacidad de ejercer el poder de una manera horizontal con la comunidad.

En resumen, el desafío fundamental en la investigación sanitaria con las niñeces en el marco de la Salud Colectiva y las metodologías participativas es la tensión entre los objetivos de la transformación social y el marco institucional y metodológico hegemónico (positivista/adultocéntrico) que limita los recursos, restringe la participación auténtica y no forma a investigadoras/es para que trabajen con poder compartido.

Finalmente, este artículo propone tejer procesos de investigación en salud comunitaria con las niñeces mediante una praxis transformadora que aborde los desafíos antes mencionados, a través de la descolonización del conocimiento que cues-

tiona la herencia colonial del pensamiento científico hegemónico y eurocéntrico, ocupando espacios académicos que legitimen los principios de la salud colectiva y las metodologías críticas para construir alianzas entre actores diversos como las y los profesionales de la salud y las familias.

Así mismo, se plantea que es fundamental reformar el campo académico a través de la construcción de herramientas metodológicas que den lugar a proyectos de investigación transversales con enfoque crítico sustentados en problemas sociales relevantes pensados desde la transformación, movilización y cambio. Empezando a tejer estas propuestas desde el aula, con la problematización constante como una práctica permanente de reflexión-acción que busca los “hilos” necesarios para integrar métodos y niveles de realidad a los procesos de investigación con la adopción de métodos cuantitativos, cualitativos e históricos que visibilicen los movimientos dialécticos del PSEAC en su dimensión general particular y singular de la realidad, siendo el objetivo primordial construir conocimiento en salud que sea realmente útil para las infancias de nuestra sociedad y que se materialice mediante la participación social.

## Referencias bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. (2018). La clínica y la salud colectiva: Historia de una relación problemática. *Salud Colectiva*, 14 (1), 5-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1408>
- ANISUZZAMAN, HOSSAIN, M. S., HATTA, T., LABONY, S. S., KWOFIE, K. D., KAWADA, H., TSUJI, N., y ALIM, M. A. (2023). “Food- and vector-borne parasitic zoonoses: Global burden and impacts”. *Advances in parasitology*, vol.120: 87–136. <https://doi.org/10.1016/bs.apar.2023.02.001>
- BASAIL RODRÍGUEZ, A. (2022). *Interculturalidad crítica y crítica del interculturalismo*. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 20(1), 1–18. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-80272022000100202](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272022000100202)
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31:13-27.

- BREILH, J. (2020b). Reflexión epistemológica para la investigación de los procesos de determinación social de la salud. *Saúde e Sociedade*, 29(2), 1-15. DOI: 10.1590/S0104-12902020200216
- BREILH, J. (2021c). “La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 37: 237-221.
- BREILH PAZ Y MIÑO, J. E. (2022d). “La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética: metodología metacrítica para una ciencia responsable y reparadora”.
- CARMONA-MORENO, L. D. (2020). “La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad”. *Revista Ciencias de la Salud*, vol.18: 66-82.
- CATALINA TANG YAN, KENDALL JOHNSON, CHANGE KWESSELE, CRISTINA ARAUJO BRINKERHOFF Y LINDA SPRAGUE MARTINEZ. (2022). “Reflexiones críticas de estudiantes de doctorado que participan en enfoques locales y transnacionales de investigación participativa comunitaria (CBPR) para la promoción de la salud”, *Journal of Social Work Education*, vol. 58, Núm. 2: 245-258. DOI: 10.1080/10437797.2021.1883491
- CHAPELA, C. (2023) “El papel de las metodologías críticas en el campo de la salud. Experiencias en Latinoamérica y principales tensiones”. En: Anigstein Vidal, MS; Schreiber Muñoz, A; Egaña Rojas, D. (coord.) *Metodologías críticas Experiencias y debates en el campo de las ciencias sociales y la salud*. Chile: Tiempo Robado, 27-47.
- CHAPELA, C. (2024b). “Reflexiones sobre la enseñanza de la investigación cualitativa crítica en posgrados “Nuestroamericanos”. *Movimento*, vol. 30: 30-047.
- CHAVES, P. C.; y SEDANO, I. F. (2022). “Desigualdad y estratificación socioeconómica en relación con el individualismo y el colectivismo cultural: una discusión teórica de su construcción desde la psicología social”. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, Núm.67: 324-364.
- Nichel, F. (2018). Experiencia de investigación acción participativa con el Consejo de Niños y Niñas de la Comuna de Recoleta [Ponencia]. En 1ª Conferencia Internacional CLACSO; 8ª Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales; 1º Foro Mundial del Pensamiento Crítico: Las luchas por la igualdad, la justicia social y la democracia en un mundo turbulento. Buenos Aires, Argentina.
- CONTRERAS, P. (2023). “Mesa de trabajo 3: Aprender haciendo. Procesos de enseñanza y aprendizaje de metodologías críticas en espacios comunitarios e institucionales”. En: Anigstein, VM, Schreiber, MA y Egaña RD (coord.) *Metodologías críticas Experiencias y debates en el campo de las ciencias sociales y la salud*. Chile: Tiempo Robado, 105-107.
- CRUZ, R. F. G., DEL ANGEL, M. H., PACHECO, D. J. L., y FIGUEROA, A. P. (2024). “Educación como determinante de salud”. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, vol. 11, Núm. 22: 27-34.
- DE LA CRUZ ROJAS, E. A., y CORONA, B. L. (2024). “Hacia una relación horizontal de la Universidad-Comunidad”. *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*, vol. 36, Núm. 87: 65-86.
- DELGADO-SÁNCHEZ, G., MONGUA-RODRÍGUEZ, N., FERREYRA-REYES, L., FERREIRA-GUERRERO, E. E., MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, M., TÉLLEZ-VÁZQUEZ, N. A., CANIZALES-QUINTERO, S., CRUZ-SALGADO, A., y GARCÍA-GARCÍA, L. (2023). “Caracterización del bienestar en hogares mexicanos de niñas y niños con diarrea, Ensanut Continua 2022”. *Salud Pública De México*, Núm. 65: 629-639. <https://doi.org/10.21149/15050>
- DHAGE, V. D., y NAGTODE, N. (2024). “Health Problems Among Under-Five Age Group Chil-

- dren in Developing Countries: A Narrative”, Review. *Cureus*, vol.16, Núm.2: 55019. <https://doi.org/10.7759/cureus.55019>
- DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. (2024). Boletín epidemiológico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB): Semana Epidemiológica [Número de la última semana publicada] . Secretaría de Salud. <https://www.linguee.es/espanol-ingles/traduccion/si+esta+disponible.html>
- EDIDIN, A. (2022). “Agencia epistémica y el valor del conocimiento y la creencia”. *Feminist Philosophy Quarterly*, vol. 8 Núm. 1.
- ESTEBAN, M. B., CRESPO, F., NOVELLA, A. Y SABARIEGO, M. (2020). Aportes reflexivos para la investigación con las infancias. Corresponsabilidad en el avance de su participación. *Sociedad e Infancias*, 5 (número especial), 21-33
- FALS-BORDA, O. (2000). Investigación-acción participativa. En G. Pérez Serrano (Coord.), Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: aplicaciones prácticas (pp. 57-81). Narcea Ediciones.
- FEO-ISTÚRIZ, O. (2024). “Epidemiología crítica latinoamericana: hacia una ruptura epistémica y metodológica con la epidemiología funcionalista”. En: Basile C, Santos O y Hernández RA (coord.) *México en el pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur*. Buenos Aires, Argentina, 161-179
- FORMOSO, M., ESCOBAR-ARIAS, D. Y ESPARÍS, J. (2023). Los tiempos de ocio desde la perspectiva de la infancia. Aportes de una investigación-acción. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 43, 75-89. [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2023.43.05](https://doi.org/10.7179/PSRI_2023.43.05)
- FREIRE, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (2ª ed.). Siglo XXI.
- GHAZY, RM, SAIDOUNI, A. Y TAHA, SHN. (2024). “Promoción de la salud infantil desde una perspectiva integral de Una Salud: una revisión narrativa”. *Gaceta de la Asociación Egipcia de Pediatría*, vol.72, Núm.1: 1-8.
- GONZÁLEZ, S. T. (2014). “¿Determinantes sociales o determinación social de la salud?: dos paradigmas en conflicto”. *Acta Odontológica Colombiana*, vol.4, Núm.2: 11-20.
- GUTIÉRREZ-CARRILLO, AM, SOLORIO-GARCÍA, SR, y RUÍZ-RODRÍGUEZ, MS (2022). Factores de riesgo de caries dental en relación con el índice de masa corporal en escolares mexicanos de 6 a 12 años. *Revista Odontológica Mexicana*, 26 (1), 1-8.
- HAFJEJE, F. (2021). “El uso de la fotovoz para transformar a los estudiantes de ciencias de la salud en pensadores críticos”. *BMC Medical Education*, vol. 21, Núm. 1: 237.
- HALFON, N., RUSS, S. A., y SCHOR, E. L. (2022). “The emergence of life course intervention research: optimizing health development and child well-being”. *Pediatrics*, vol. 149, Núm. 5.
- HERNÁNDEZ-HIERRO, M. (2021). *Participación infantil en contextos de investigación social: desafíos éticos y metodológicos*. Educación Social, (79), 111–125.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). (2024). Pobreza Multidimensional 2016–2024. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/desarrollosocial/pm/>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). (2025). Estadísticas a propósito del Día de la Niña y el Niño (30 de abril) [Comunicado de prensa]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP\\_nino25.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_nino25.pdf)
- KANTOROWICZ, M., OLSZEWSKA-CZYŻ, I., LIPSKA, W., KOLARZYK, E., CHOMYSZYN-GAJEWSKA, M., DARCUK, D., y KACZMARZYK, T. (2022). “Impact of dietary habits on the incidence of oral diseases”.

- Dental and Medical Problems*, vol.59, Núm. 4: 547-554.
- KEMMIS, S. Y MCTAGGART, R. (2000). Participatory action research. En N. Denzin e Y. Lincoln (Comps.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp.567-605). Sage Publications.
- LAURELL, AC (2021). La política de salud en México: Un enfoque de la medicina social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 61 (2), 1-13.
- LIU, J., ZONG, X., VOGTMANN, E., CAO, C., JAMES, A. S., CHAN, A. T., ... y CAO, Y. (2022). "Tooth count, untreated caries and mortality in US adults: a population-based cohort study". *International Journal of Epidemiology*, vol. 51, Núm. 4: 1291-1303.
- LLENA, A. y NOVELLA, A. (Coords.). (2018). Impulsar la participación infantil. Los consejos de infancia y adolescencia. Graó. Ley Orgánica 3/2020, del 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, del 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre, 122868-22953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3/con>
- LÓPEZ, G. S., OTERO ZÚCARO, L. E., y MICHELLI, V. (2025). *Algunas consideraciones acerca de las determinaciones sociales de la Salud. Libros de Cátedra*. 10-22.
- MÁRQUEZ-PÉREZ, K., ZÚÑIGA-LÓPEZ, C. M., TORRES-ROSAS, R., y ARGUETA-FIGUEROA, L. (2023). "Prevalencia reportada de caries dental en niños y adolescentes mexicanos", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 61, Núm. 5: 653-660. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8316465>
- MCDADE, TW. (2023). "Tres suposiciones comunes sobre la inflamación, el envejecimiento y la salud que probablemente sean erróneas". *Actas de la Academia Nacional de Ciencias*, vol. 120, Núm. 51: 232-120.
- Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, 451-464.
- MENÉNDEZ-ARIAS, IA, FLORES-HERNÁNDEZ, C., y SÁNCHEZ-PÉREZ, I. (2021). Barreras de acceso a los servicios de salud en niños de comunidades indígenas rurales: Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Estudios Sociales. Revista de Investigación Científica*, 31 (58), 1-28.
- MOLINA-BERRÍO, DIANA PATRICIA, PEÑARANDA-CORREA, FERNANDO, LÓPEZ-RÍOS, JENNIFER MARCELA Y LOAIZA-HERRERA, TOMÁS. (2021). "El frente discursivo biomédico, neoliberal y tradicional de la educación: debate en la educación para la salud crítica". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 39, Núm.1: e337287. Publicación electrónica del 8 de abril de 2021. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e337287>
- MORALES, S. (2024). "Adultocentrismo, adultismo y violencias contra niños y niñas: una mirada crítica sobre las relaciones de poder entre clases de edad". *Taboo*, 22 (1), 151-193.
- MORALES, S., MAGISTRIS, G. (2018). "Hacia un paradigma otro: niñxs como sujetxs políticos co-protagonistas de la transformación social", En: Morales, S y Magistris, G. (Comps.) *Niñez en movimiento. Del adultocentrismo a la emancipación*. Buenos Aires: El Colectivo, 23-52.
- NYKIFORUK, CI (2021). "Involucrar a los pacientes en la investigación mediante la metodología de fotovoz". *Cmaj*, vol. 193, Núm. 27: E1050-E1051.
- OKOROJI, C., MACKAY, T., ROBOTHAM, D., BECKFORD, D., y PINFOLD, V. (2023). "Epistemic injustice and mental health research: A pragmatic approach to working with lived experience expertise". *Frontiers in psychiatry*, vol.14: 114-725. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1114725>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). *Estrategia mundial de la OMS para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*:

- Cumplir la promesa de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Organización Mundial de la Salud.
- OROZCO-NÚÑEZ, E., TORRES-DE LA ROSA, C. P., RESÉNDIZ-LUGO, Ó., PACHECO-MIRANDA, S., CHÁVEZ-AYALA, R., CERECER-ORTIZ, N., y ARREDONDO-LÓPEZ, A. (2022). “Factores socioculturales de la vulnerabilidad al sobrepeso durante los primeros años de vida en México”. *Salud Pública de México*, Núm. 64:515-521.
- PAÑO YAÑEZ, P., TORREJÓN-CARDONA E. (2023). “Debates epistemológicos sobre las metodologías participativas de investigación y acción social”, En: Paño-Yañez, P; Oraison M; Torrejón, E; Macias, H; Ortega, MC y Suárez M. (coord.) *Metodologías participativas en tiempos de crisis, Reflexiones epistemológicas y experiencias críticas*. Suecia: CLACSO, 11-29.
- PÉREZ MARTÍNEZ, G. B. (2022). “Determinantes sociales de la salud: Una visión general en México y Chiapas”. *Revista Anales De Medicina Universitaria*, vol.1, Núm. 02: 103–110. <https://doi.org/10.31644/AMU.V01.N02.2022.A10>
- REBOUÇAS, P., FALCÃO, I. R., y BARRETO, M. L. (2022). “Social inequalities and their impact on children’s health: a current and global perspective”. *Jornal de pediatria*, Núm. 98: 55-S65.
- RENDÓN CAZALES, VÍCTOR JESÚS, BENAVIDES LARA, MARIO ALBERTO, SÁNCHEZ MENDIOLA, MELCHOR, y POMPA MANSILLA, MAURA. (2024). Investigación-acción participativa y educación basada en evidencias en el campo de la salud: investigar desde las prácticas. *Investigación en educación médica*, 13(49), 129-137. Epub 10 de junio de 2025. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.49.23578>
- RIÁDIGOS-COUSO, X., y LORENZO-CAMPOS, A. (2024). La investigación como escenario de participación infantil: percepciones y propuestas de acción comunitaria. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (44), 51–67.
- RIVERA-DOMMARCO, J.A., CUEVAS-NASU, L., BONVECCHIO-ARENAS, A., UNAR-MUNGUÍA, M., GÓMEZ-ACOSTA, L.M., MUÑOZ-ESPINOSA, A., GARCÍA-FEREGRINO, R., ÁVILA-ARCOS, M.A., MÉNDEZ-GÓMEZ-HUMARÁN, I., ÁVILA-CURIEL, A., GALINDO-GÓMEZ, C., SHAMAH-LEVY, T., (2024). Mala nutrición en menores de cinco años. *Salud Pública de México*. 2024, 66:395-405. <https://doi.org/10.21149/15864>
- ROCHA VALERO, M. A., MATA DELGADO, A. S., SALAZAR ROSALES, D. P., y GALAVIZ VALDÉS, P. M. (2023). “Los mapas comunitarios como herramienta para elaborar un diagnóstico social en una investigación participativa: Caso práctico”. *Realidades Revista De La Facultad De Trabajo Social Y Desarrollo Humano*, vol. 12, Núm. 1. Recuperado a partir de <https://realidades.uanl.mx/index.php/realidades/article/view/154>
- ROMERO-MARTÍNEZ, M., BARRIENTOS-GUTIÉRREZ, T., y GÓMEZ-DANTÉS, H. (2022). Desigualdades sociales en salud y nutrición en la infancia mexicana: El reto persistente de la pobreza rural. *Salud Pública de México*, 64 (2),
- RUIZ-TABORDA, JUAN PAULO; HIGUITA-GUTIÉRREZ, LUIS FELIPE; CARDONA-ARIAS, JAIBERTH ANTONIO. (2021). “Reflexión epistemológica para la investigación de los procesos de determinación social de la salud *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*”, vol. 39, núm. 1. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341437>
- SALAZAR, M., CIFUENTES, S., PÉREZ, P., y SOLÍS, H. (2020). Malabsorción intestinal, disbiosis y su asociación con deficiencia de micronutrientes en niños preescolares y escolares mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 156 (6), 560-567. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000305>
- SAMAJA, J. (2003). “Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología” Miltoniana”). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.6: 105-120.

- SÁNCHEZ LISSEN, E., NOVELLA CÁMARA, A. M., RUIZ BUENO, A., y MARTÍNEZ MARTIN, M. (2025). “Mapa de prácticas participativas de la infancia”. En: *Novella Cámara, Ana M., Sabariego, M. (coord.) Infancia y participación. Caja de Herramientas. Universitat de Barcelona, 2025.*
- SEGURA DEL POZO, J. (2025). “Sobre One Health, la telaraña y la araña”. *Revista Española de Salud Pública*, vol.97: 121-104.
- SHAMAH-LEVY, T., CUEVAS-NASU, L., y RIVERA-DOMMARCO, J. Á. (Coords.). (2023). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023: Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- SKELTON, T. (2008). Research with children and young people: exploring the tensions between ethics, competence and participation. *Children’s Geographies*, 6(1), 21-36. <https://doi.org/10.1080/14733280701791876>
- SOLIZ-TORRES, F. (2020). “La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida”. *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 18: 1-3.
- SOTO CARO, M., BARRIENTOS DÍAZ, M., Y TORTOSA, VF (2023). “Metodologías participativas con infancia en entornos urbanos vulnerables: Coproducciones y relatos del camino a la escuela”. *ASTRÁGALO*. Núm. 33: 373-392.
- SUAZO-GALDAMÉS, IC, CHAPLE-GIL, AM, Y SARACOSTT, M. (2025). Investigación participativa digital con niños y adolescentes: una revisión sistemática de las tendencias metodológicas y el surgimiento de prácticas centradas en la salud. *Seminarios de Escritura Médica y Educación*, 4, 684. <https://doi.org/10.56294/mw2025684>
- THAMBINATHAN, V. Y KINSELLA, EA (2021). “Metodologías descolonizadoras en la investigación cualitativa: Creando espacios para la praxis transformadora”. *Revista internacional de métodos cualitativos*, vol. 20 ,16094069211014766.
- TRÄCHTLER J. (2024). “The world as witty agent-Donna Haraway on the object of knowledge”. *Frontiers in psychology*, vol. 15. 138-575. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1389575>
- ÚCAR, X. Y LLENA, A. (Coords.). (2006). *Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria*. Graó.
- UNICEF. (2024). *El estado mundial de la infancia 2024: La salud infantil en la agenda global*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- VARGAS, C., WHELAN, J., BRIMBLECOMBE, J. Y ALLENDERA, S. (2022). Cocreación, codiseño y coproducción para la salud pública: una perspectiva sobre definiciones y distinciones. *Investigación y práctica en salud pública*, vol. 32, Núm. 2.
- VILLASANTE, T. R. (2022). “Metodologías para estrategias transductivas”. *Formas y escalas emergentes de las democracias contemporáneas: miradas desde la sociedad vasca*, TORROSA, 307-330.

# Hacia el desarrollo de epistemologías contracapacitistas

---

Alejandro Cerda García\*

---

## RESUMEN

El concepto de capacitismo ha sido propuesto por sectores críticos de los movimientos de Personas en condición de Discapacidad (PcD) como una forma de cuestionar el uso del criterio de normalidad desde el cual se produce un tipo particular de yo y de cuerpo que se considera esencial y plenamente humano, a partir del cual se discrimina, se desvaloriza, se agrede y se omite la agencia epistémica de quienes no cumplen dicho estándar (McRuer, 2002 [2020]; Campbell, 2008; Vite, 2022). Este principio se utiliza para orientar políticas, diseños urbanos e instituciones educativas, entre otros ámbitos del espacio público. ¿Cuáles son las implicaciones epistemológicas del capacitismo? ¿Cómo caracterizar aquellas epistemologías que pretenden contrarrestar dicha tendencia dominante, es decir, que puedan ser definidas como contracapacitistas\*\*? Se describen algunos rasgos característicos del capacitismo y se explicitan sus implicaciones epistemológicas al posicionarse sin considerar la alteridad, la situacionalidad del conocimiento, la diversidad epistémica y la condición de sujetos de los actores implicados. Se sugiere que las epistemologías contracapacitistas pueden, eventualmente, caracterizarse por tener como punto de partida las reivindicaciones de los movimientos de PcD al tiempo que analizan esta condición de manera conjunta con otras formas de exclusión de las diferencias. Su adopción puede potenciar los alcances de la crítica capacitista y, a través de ello, contribuir a la construcción de sociedades incluyentes y orientadas a la justicia social.

**PALABRAS CLAVE:** capacitismo, epistemologías capacitistas, epistemologías contracapacitistas, movimiento de personas en condición de discapacidad (PcD), exclusión.

\* Departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México. Correo electrónico: [acerda@correo.xoc.uam.mx](mailto:acerda@correo.xoc.uam.mx)

\*\* Aunque no existe un consenso general respecto de la pertinencia de utilizar el término anticapacitismo o contracapacitismo, en este trabajo se retoma la propuesta de utilizar este último. Lo anterior debido a que se

considera que este término que se utiliza en los distintos capítulos de la obra editada por Ortega y Vite (2025) expresa con mayor contundencia el cuestionamiento a la perspectiva capacitista.

**Fecha de recepción:** 08 de octubre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 09 de diciembre de 2025.

## Toward the development of anti-ableist epistemologies

### Abstract

The concept of ableism has been proposed by critical sectors within the disability rights movement as a way to question the use of the criterion of normality, from which a particular type of self and body is produced as essential and fully human. Based on this criterion, those who do not meet this standard are discriminated against, devalued, attacked, and their epistemic agency is omitted (McRuer, 2002 [2020]; Campbell, 2008; Vite, 2022). This principle is used to guide policies, urban design, and educational institutions, among other areas of public space. What are the epistemological implications of ableism? How can we characterize those epistemologies that aim to counteract this dominant trend—that is, those that can be defined as anti-ableist? This paper describes some characteristic features of ableism and explains its epistemological implications, which stem from its failure to consider otherness, the situated nature of knowledge, epistemic diversity, and the subjectivity of the actors involved. It suggests that counter-ableist epistemologies can, eventually, be characterized by taking the demands of people with disabilities movements as their starting point, while simultaneously analyzing this condition in conjunction with other forms of exclusion of difference. Adopting this perspective can enhance the scope of ableist critique and, through this, contribute to building inclusive societies oriented toward social justice.

**KEYWORDS:** ableism, ableist epistemologies, counter-ableist epistemologies, disability movement, exclusion.

El modelo social de la discapacidad surge durante la década de los setenta del siglo XX como un posicionamiento crítico por parte de las PcD respecto de las conceptualizaciones que las subordinan y niegan su capacidad de decisión y de actuación en el espacio público, a través de concepciones, políticas y mecanismos de los que ellas y ellos son objeto (Barton, 1996; Barnes 2012). A finales del siglo XX, como parte de esta corriente crítica que hoy en día es reconocida a nivel global, surge el concepto de capacitismo (Toboso y Guzmán, 2010; Toboso 2017), que es reivindicado por los sectores más críticos de las organizaciones y movimientos de PcD quienes, al mismo tiempo, lo reconocen como una perspectiva en construcción

(Guevara, 2024). Para comprender el alcance de la crítica capacitista es pertinente preguntarnos ¿de qué forma se ha expresado y qué implicaciones tiene el capacitismo en el ámbito de los procesos de producción de conocimientos?

El propósito de este texto es aportar elementos que, desde el campo epistemológico, muestran la presencia de los rasgos capacitistas en las formas dominantes de conceptualizar la discapacidad, teniendo como referente el contexto mexicano, a fin de esbozar la posibilidad de la puesta en práctica de epistemologías contracapacitistas. Con tal propósito, el primer inciso se enfoca al concepto de capacitismo y sus repercusiones epistemoló-

gicas, incluyendo tanto su caracterización, como su dimensión corporal y sus concreciones en el ámbito público. En el segundo se brindan algunos ejemplos que muestran la vigencia y uso de instrumentos clasificatorios claramente capacitistas, mientras que en el tercero se explicitan las características de las *epistemologías contracapacitistas*, brindando algunos ejemplos que buscan facilitar su comprensión.

## 1. El capacitismo y sus implicaciones epistemológicas

El capacitismo es una noción compleja que puede ser definida como ideología, concepto y práctica<sup>1</sup>. Se trata de una ideología cuando se le considera como un conjunto de planteamientos, creencias y valores que se utilizan para conformar una visión del mundo y orientar acciones específicas, o bien, para propiciar algún tipo de transformación social. Al mismo tiempo, el capacitismo también puede ser considerado un concepto en tanto se trata de una unidad de pensamiento que resulta útil para describir, analizar y comprender determinados aspectos o situaciones que se presentan en una sociedad y que tienen como base experiencias o realidades específicas, permitiendo categorizar y entender su puesta en práctica en determinadas sociedades. El capacitismo también puede ser considerado una práctica que se verifica en contextos y situaciones concretas, más allá de que se le nombre, califique o contextualice de esa forma.

<sup>1</sup> Aunque el surgimiento de la noción de capacitismo se asocia con la visión crítica de los movimientos por los derechos civiles en las décadas de 1960 y 1970, tiene también un correlato en la crítica feminista al capacitismo intelectual mediante el cual se asumía, a priori y sin ningún tipo de fundamento, una inferioridad intrínseca de las mujeres (Chesler, 1972[2005]; Showalter, 1985; Carlson, 2001).

### 1.1 Hacia la caracterización de un concepto de rostros múltiples

Para aproximarnos a su comprensión, podemos pensar el capacitismo a través de los rasgos característicos del concepto, es decir, explicitando cuáles serían algunos de sus componentes principales. En tanto concepto o criterio de acción, encuentra su principal fundamento en la idea de normalidad, es decir, la existencia de un sujeto con una mente, cuerpo y comportamiento estándar, típico o esperable en cualquier ser humano. Es decir, un sujeto corporeizado y normativo, que cuenta con los sentidos, capacidades y conductas habituales en todo ser humano<sup>2</sup>.

Y, como consecuencia, este ser humano normal se considera superior o de mayor valor en comparación con otros que no cuentan con las mencionadas características ideales. En contraparte, y aunque no se explicita de esa forma, aquellos sujetos que no cumplen con los criterios de normalidad, son considerados como menos humanos o como humanos con menor valor (McRuer, 2002 [2020]; Campbell, 2008). Se establece, de esta forma, una clasificación dicotómica de los sujetos: normales/anormales, ideales/defectuosos o capaces/discapacitados. Esta idea de normalidad se ha relacionado con el llamado privilegio normocéntrico<sup>3</sup>, que establece un símil con el privilegio patriarcal (Berrío y Castañeda, 2018), que se asume pasivamente entre quienes integran una sociedad, que implica un pacto de conveniencia y que tiende a naturalizarse. Al constatar que determinados su-

<sup>2</sup> El surgimiento y desarrollo del concepto del capacitismo está ligado al surgimiento del término en inglés *ableism* como parte de las reivindicaciones feministas expresadas en la Revista *Off Our Backs* y, específicamente, a la argumentación para el reconocimiento de los derechos del movimiento lésbico (Russo, 1987). Como parte de esta trayectoria, McRuer (2002[2020]) lo ubica también a través del vínculo con la búsqueda y promoción compulsiva de la heterosexualidad.

<sup>3</sup> Para una reflexión sobre este término se puede consultar el contenido que se encuentra, posteriormente, en este mismo trabajo.

jetos no cumplen con las características esperables o ideales, la respuesta que puede desarrollarse es buscar alternativas para que dichas personas vuelvan a tener las características esperables o ideales, es decir, que sean rehabilitadas.

Desde el concepto de capacitismo también se formula una crítica a dichas terapias rehabilitadoras que, a pesar de que pueden ser sumamente útiles en aquellos casos en los que es necesario restablecer una determinada función del organismo, pueden, fácilmente, llegar a considerarse como la única acción necesaria y el propósito central de las alternativas que se brindan a los sujetos. De esta forma, la rehabilitación se vuelve el elemento central, el único propósito y la característica definitoria de la persona, con lo cual, se le totaliza y se le somete al dictado de los especialistas que se autoadscriben como aquellos que saben qué hay que hacer para volverla funcional, reduciendo o eliminando su capacidad de decisión sobre su cuerpo y los distintos procesos sociales implicados. Frecuentemente, este criterio deriva en posturas asistencialistas o paternalistas a través de las cuales se busca resolver la problemática del sujeto a quien se asume como exclusivamente receptivo o pasivo.

Otra de las conexiones exploradas de manera más temprana en el surgimiento de este concepto es la relación existente entre capacitismo y estructuras económicas, específicamente, en el ámbito de la inserción en el mercado laboral (Maldonado, 2020; Vite, 2022;). El sistema económico capitalista requiere de fuerza de trabajo de las personas con la mayor capacidad productiva y las más altas capacidades posibles, es decir, que puedan hacer más, en el menor tiempo posible (Espinosa, 2025).

Aunque no haga falta decirlo explícitamente ni ponerse de acuerdo entre los actores económicos con mayor poder o entre titulares de empresas o contratistas, aquellos sujetos dentro de la condición de normalidad muy probablemente serían quienes tienen mayores oportunidades de ocupar los puestos de trabajo, en lo que podría caracterizarse como un capacitismo neoliberal. En la competencia por los mejores salarios es necesario mostrar las mayores habilidades, imponiéndose así un contexto en el que aquellos sujetos que no se encuentran corporal, mental o psicosocialmente en lo que se supone que es el ideal de ser humano, ven reducidas sus posibilidades. Esta visión crítica de la organización económica de las sociedades vinculada al capacitismo, ha sido planteada desde los orígenes de los argumentos a favor del Modelo Social de la Discapacidad, al considerar los derechos al empleo digno, la seguridad social, la salud, la asistencia personal y los distintos niveles educativos, incluyendo el universitario (Barton, 1996; Barnes, 2012). Esta dimensión del capacitismo adquiere relevancia ya que las sociedades suelen aplicar dicho criterio tanto a las PcD como a otras colectividades en condiciones de senilidad, enfermedades crónicas o degenerativas, embarazo, crianza o que se ocupan de labores domésticas, entre otras.

El capacitismo niega la posibilidad de la alteridad, es decir, la existencia de otro/a distinto/a (Lévinas, 1977). La perspectiva del sujeto normativo, ideal o típico cancela la posibilidad de considerar, o de que en el panorama exista, alguien distinto o diferente, es decir, un sujeto con características diferenciadas respecto de aquel que lo mira o lo imagina. Esto significa que se niega la existencia de alguien que contempla el mundo y la vida en una manera alterna a la propia, la cual es asumida, implícitamente, como la única, la correcta o la que *todos* tienen.

A través de esta negativa de la otredad, se elimina también la posibilidad de pensar en la heterogeneidad y las diferencias. El capacitismo transita en un sentido opuesto a la noción de conocimiento situado y a la perspectiva interseccional propuesta desde los feminismos (Harding, 2004; Haraway, 2004; Berrío y Castañeda, 2018). Desde la lógica capacitista, sólo existe un sujeto ideal, para quien están destinadas las instituciones y las materialidades, sin que se considere ni importante ni necesario tener en cuenta las diferencias socioculturales, propias de un determinado sujeto, entre las que se encuentran, entre otras, el género, pertenencia étnica, clase social, raza, edad o generación.

Al no considerar esas diferencias, cancelándolas desde la idea de que no forman parte de lo normal, se evade la posibilidad de visualizar, analizar y cuestionar las estructuras sociales, las posiciones ideológicas y los aparatos discursivos que sustentan las distintas formas de exclusión vigentes en una sociedad, cuya comprensión implica ir más allá de la simple convergencia de formas de subordinación en una trayectoria singular.

En principio, es de suponer que, si aceptamos que la perspectiva capacitista continúa estando presente en los más variados ámbitos de la sociedad, los ejercicios de producción de conocimientos que se llevan a cabo en un contexto como el descrito, muy probablemente reproducirán o tenderán a perpetuar dicha perspectiva capacitista. Lo anterior se refuerza con la idea de considerar a quienes se encuentran en condición de discapacidad como personas en falta, de menor valor o menos humanas.

Las epistemologías capacitistas pueden asumir lo que puede caracterizarse como una perspecti-

va *discopie*<sup>4</sup>, es decir que invisibiliza o anula, a priori, la existencia de las PcD en su panorama reflexivo, en su argumentación o en su análisis crítico. En un sentido similar, se trata de epistemologías que no consideran ni cuentan con algún planteamiento reflexivo o crítico respecto de la necesidad de considerar la existencia de la otredad o la alteridad, ni de las implicaciones que ello tiene en los procesos de construcción de conocimiento. De esa forma, las epistemologías capacitistas, no consideran la relevancia de la existencia de los sujetos en condición de discapacidad como actores centrales en los procesos de construcción de conocimiento.

Desde esta lógica, los procesos de producción de conocimiento no toman en cuenta la relación entre, por un lado, los conceptos sustentados en las ideas de normalidad y homogeneidad y, por otro, las tendencias a considerar dichos conocimientos como naturalmente verdaderos, es decir, no cuestionan el lugar de poder que han llegado a ocupar. Se trata de perspectivas epistemológicas que asumen criterios que permiten beneficiarse económicamente de contar con los sujetos mejor capacitados para las necesidades de los mercados y que marginan a aquellos sujetos que no cuentan con las características, capacidades o habilidades que se consideran más rentables. Son, por tanto, enfoques que se definen y se ponen en práctica desde posiciones que no consideran la agenda de prioridades y las preguntas de investigación que han planteado dichos sujetos, o bien, que asumen perspectivas que dejan de lado sus reivindicaciones sin tener en cuenta que ellas y ellos continúan

4 Esta propuesta de considerar una perspectiva discopie surge de la noción de ginopia que consiste en una invisibilización de las mujeres. Con un enfoque coincidente, Mendi, Luxán y Legarreta (2015) proponen considerar siete manifestaciones del sexismo en el ámbito metodológico, entre las que se encuentran el androcentrismo, la sobregeneralización, la insensibilidad de género, el doble rasero, el uso de la noción de “propio de su sexo”, la dicotomía sexual y el familismo.

siendo excluidos o discriminados a partir de su condición de discapacidad o diversidad.<sup>5</sup>

### ***1.2 Capacitismo corporeizado y situacionalidad del conocimiento***

Como una dimensión más sutil pero sumamente relevante, el capacitismo conlleva una idealización del cuerpo normal o ideal (Toboso y Guzmán, 2010; Toboso, 2017), a pesar de que las evidencias señalan que dichos estándares, en realidad, no pueden ser cumplidos por ninguna persona en su singularidad.

Si bien desde una perspectiva capacitista puede reconocerse la dimensión corporal en el sentido de que se acepta que determinados órganos o partes del cuerpo no existen o no cumplen con las funciones que se esperarían en un sujeto típico, se trata de una mirada que tiene como punto de partida una concepción homogénea del cuerpo humano, es decir, atribuyéndole un sentido genérico y considerando las etapas de la vida en un sentido estándar. Desde esta mirada, se analizan las formas de funcionamiento de determinadas estructuras corporales que se comportan de manera anómala o saliendo de la regla, a través de lo que se conoce como fisiopatología.

Como parte de este rechazo implícito de la diversidad por parte del capacitismo, reviste una especial importancia la negativa a considerar cualquier tipo de vínculo entre la condición de discapacidad y las diversidades sexogenéricas. En contraposición a dicha negativa, desde los sectores más críticos de los movimientos de PcD se han propuesto nociones como el sistema sexo-género-discapacidad, que alude a este conjunto ar-

ticulado de tramas de exclusión (Pino, Rodríguez y Lapierre, 2023), así como el reforzamiento mutuo que existe entre una perspectiva capacitista y los planteamientos heterosexistas que continúan siendo dominantes en el actual orden mundial (McRuer, 2018).

Desde la perspectiva capacitista se niega la posibilidad de considerar distintas corporalidades, de pensarlas desde los procesos de construcción de significado y de producción de subjetividad, de reconocer que se encuentran inmersas en procesos de producción sociocultural y necesariamente permeadas por relaciones de poder. Pareciera que se parte del supuesto de que, en esencia, cuerpo sólo hay uno (Vite y Ortega, 2022).

Son formas de concebir los procesos de construcción de conocimientos como si fuera posible sustentarlas en visiones reduccionistas de la corporalidad, es decir, negando la necesidad de considerar que ésta se expresa en forma heterogénea y asumiendo que habría un solo tipo de cuerpo, que sería aquel que coincide con lo que se considera estándar o carente de defectos, respecto del cual se producen conocimientos, servicios, objetos, espacios urbanos, criterios diagnósticos, entre otros aspectos nodales.

Las epistemologías capacitistas no se plantean, dejan de lado o minimizan aquellos conocimientos que llegan a producirse desde o para corporalidades diversas, asumiendo una lógica que consideraría que se trata de cuerpos que estarían alterados en sus estructuras o funciones. Al estandarizar y homogeneizar las corporalidades, las epistemologías capacitistas niegan la posibilidad de considerar que los cuerpos son, además de sus componente expresamente biológicos, construcciones socioculturales, que se encuentran cargadas de sentido por parte de los sujetos y las so-

<sup>5</sup> Para una revisión de algunos referentes epistemológicos que pueden orientar las metodologías de investigación en el campo de las discapacidades puede revisarse el texto de Cerda (2023).

ciudades y que son un ámbito de producción de subjetividad y de experiencia debido a que cada persona, desde su trayectoria singular, establece vínculos y significados con su propio cuerpo y con las corporalidades de las/los otras/os.

Se trata de posiciones epistemológicas que consideran que es válido o que no tiene relevancia el hecho de que al construir conocimiento *sobre* otras personas y no en diálogo con ellas, se les está subordinando (Vite, 2022). Perspectivas epistemológicas que no consideran relevante si el trato que se brinda a los sujetos y a sus corporalidades es aquel que se aplica a un territorio a colonizar. Que asumen a los sujetos corporeizados como una fuente de conocimientos o experiencias a los que se recurre tan sólo como un insumo para que quienes se consideran expertos o socialmente autorizados para construir conocimiento legítimo, puedan lograr sus propósitos (Vite, 2022). Eso implica que ese/a otro/a con quien se interactúa y se establece un vínculo como parte de una investigación o con la finalidad de producir un conocimiento, no es considerado como un sujeto que interpela y con quien es posible y deseable establecer un vínculo de corresponsabilidad (Quijano, 2014; Harrison, 1997).

En cuanto a los sujetos de conocimiento, las epistemologías capacitistas asumen que estos son individuales, racionales y ahistóricos, dejando de lado la posibilidad de considerarlos como situados, con características singulares, con una trayectoria propia e implicaciones en los procesos de producción de conocimiento en los que se involucran. Concretamente, las epistemologías capacitistas no reconocen y no se posicionan críticamente respecto del privilegio normocéntrico (Cerdeira, 2023), entendido como el lugar de primacía que, estando naturalizado, asume que todo conocimiento surge y se organiza para beneficio

de aquellos sujetos que se consideran *normales* en una sociedad.

Las epistemologías capacitistas no consideran que aquellos sujetos que se ubican socialmente en una condición de exclusión o subordinación desarrollan una perspectiva de su sociedad que resulta sumamente enriquecedora y que cuenta con gran potencial explicativo, emancipatorio y transformador. Por supuesto que esta perspectiva, que ha sido caracterizada como ventaja cognoscente (Harding, 2004; Berrío y Castañeda, 2018), no debe ser considerada como un rasgo esencial, inamovible ni intrínseco de determinadas personas, sino construido socialmente a partir de la experiencia y reflexividad que se suscita a través de las trayectorias singulares y que, en ocasiones, puede llegar a ser totalmente opuesto<sup>6</sup>.

Dicha ventaja cognoscente puede ser entendida como una mirada o posicionamiento epistemológico que, gestado desde la experiencia de exclusión o subordinación, lleva o puede llevar a los sujetos a construir una lectura crítica de su propia posición de subordinación y, al mismo tiempo, de comprensión de la mirada y el discurso de quienes se encuentran en una posición socialmente dominante, así como de la forma en que operan y se reproducen los mecanismos y estructuras sociales que subordinan a amplios sectores de la población.

Respecto a las formas de concretarse, las epistemologías capacitistas no consideran que existan diversos caminos para producir conocimientos y variados criterios para su validación. Desde su punto de vista, las/os otras/os que no son investigadores o académicos no cuentan con formas

<sup>6</sup> Por ejemplo, la pertenencia a la raza negra no es garantía de que la persona no adoptará perspectivas racistas, así como tampoco lo es expresión de dicho tipo de perspectivas, o las opuestas, en personas de raza blanca.

adecuadas o que se consideren válidas o confiables para producir conocimientos o para verificar si estos son verdaderos. Esto significa que, en tanto epistemologías capacitistas, asumen que la única forma de producir un conocimiento válido y útil para la sociedad son las metodologías objetivas, excluyendo así las rutas de producción de conocimiento en las que están involucrados, en su calidad de sujetos, quienes se encuentran en condiciones de discapacidad o de diversidad.

Al asumir esta posición se niega la validez y los aportes que han surgido a partir de las experiencias y las reivindicaciones de los sujetos de la diversidad, entre las que se encuentran, por ejemplo, la crítica al ocularcentrismo (Harasim, 2016), al audismo (Humphires, 1977), a la discriminación lingüística (Skutnabb-Kangas, 1994) o al edadismo (OPS, 2021).

Finalmente, las epistemologías capacitistas no visualizan, y por lo tanto no llegan a cuestionar, las formas de violencia que se ponen en práctica en el ámbito de la producción de conocimiento, con lo que, implícitamente, naturalizan posiciones epistémicas que confieren un menor valor y subordinan las perspectivas testimoniales de los sujetos en condición de exclusión. No logran proveer a las sociedades las categorías y conceptos necesarios para la comprensión de las posiciones críticas de los sujetos de la diversidad y no consideran que los sujetos de la diferencia tienen la posibilidad de reivindicar sus derechos en forma colectiva y no sólo individual (Fricker, 2006)<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Una revisión de la noción de violencia epistémica y su vínculo con los derechos colectivos puede encontrarse en Cerda (2023).

### *1.3 Las concreciones del capacitismo en el ámbito público*

La perspectiva capacitista descrita puede expresarse o estar presentes de manera diferenciada en distintas dimensiones o planos de la vida social. En primer término, puede mostrarse en el terreno de lo estructural, es decir, en la manera como históricamente y en el presente se han conformado determinadas estructuras y formas de relación social que se muestran a través de regímenes económico-políticos, en los imaginarios sociales, en el aparato estatal y en sus expresiones en el terreno de los instrumentos jurídicos y de políticas públicas.

Formando parte de estas estructuras sociales, el capacitismo se expresa en el terreno de las institucionalidades educativas, religiosas o familiares, entre otras, al permearlas y normar los criterios que la materializan y que son naturalizados. Esta perspectiva se presenta como tradicional o inamovible, lo que se refuerza con la idea de que así ha sido siempre y esa es la única forma de organizar dicha institucionalidad.

Los distintos componentes del capacitismo se expresan, asimismo, en el ámbito relacional o intersubjetivo, lo que significa que pueden estar presentes en la interacción cotidiana entre los sujetos, muchas veces de manera implícita o aparentemente imperceptible. Y, al igual que su expresión en otros planos, el capacitismo puede mostrarse a través de discursos, prácticas u omisiones.

Finalmente, otro ámbito de expresión del capacitismo es el identitario y experiencial, que hace referencia a la forma en que es internalizado, vivido o asumido como un rasgo identitario. En este plano, puede ser entendido como una perspectiva

en la que los sujetos se asumen a sí mismos, pero también como una dimensión en la que, a partir de la vivencia del carácter excluyente y discriminatorio de los criterios capacitistas, los sujetos elaboran su propia lectura crítica del trato que están recibiendo y deciden posicionarse, precisamente, en un sentido opuesto, asumiendo una perspectiva que ha sido analizada como contracapacitista. Por supuesto, esta posición no se reduce al ámbito experiencial o subjetivo, sino que puede estar presente en los distintos planos ya mencionados.

La perspectiva capacitista se materializa en contextos sociales específicos en los que se pone en práctica y ha sido documentada, visibilizada o denunciada. Las instituciones educativas constituyen un ámbito en el que, a menudo, se asumen criterios capacitistas. En los niveles de educación preescolar, primaria o secundaria, la problemática suele expresarse en el hecho de que la gran mayoría de las escuelas han sido enfocadas a niñas/os y jóvenes ubicados dentro del criterio de *normalidad*, es decir, que no se encuentran en condición de discapacidad. En las instituciones de educación media superior, universidades o programas de posgrado, el capacitismo opera, en primer término, impidiendo que el alumnado con discapacidad o en otras condiciones de diversidad logre acceder a dichos niveles, debido a que las etapas previas son inaccesibles.

Asimismo, los criterios que se utilizan para los exámenes de admisión a las universidades públicas están diseñados, precisamente, para seleccionar a aquellos que posean mayores capacidades, mientras que la preparación de las clases y la evaluación del aprendizaje se realiza, también, bajo criterios capacitistas. La perspectiva capacitista se expresa, de manera relevante, en el dise-

ño de los planes y programas de estudio, al igual que en el contexto del aula, en los que, además de llevarse a cabo los ajustes considerados en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008), se deberían incluir contenidos que expresamente cuestionen la perspectiva capacitista.

El ámbito laboral, por otro lado, es también un espacio donde continuamente se ponen en práctica criterios capacitistas. Dado que los empleadores buscan la eficiencia y al personal con las mayores calificaciones posibles, la elección de PcD o en otras condiciones de diversidad no suele ser prioritaria. Aunque cada vez existen más iniciativas para propiciar la inclusión laboral de las PcD, como por ejemplo los incentivos fiscales, la ausencia de una legislación robusta provoca que, en la práctica, se imponga el criterio de costo-beneficio, lo cual constituye otra forma de materializar el capacitismo<sup>8</sup>.

Estos mecanismos capacitistas se expresan también en la existencia de entornos laborales que no cuentan con las características de accesibilidad para personas en distintas condiciones de discapacidad; las dificultades o inaccesibilidad en las opciones de transporte para llegar al puesto de trabajo y en la utilización de herramientas o materiales de trabajo diseñados para quien se considera un sujeto *normal* que, en la práctica, se vuelven excluyentes de quienes se encuentran con alguna limitación física, mental o psicosocial.

En el ámbito legal y de las políticas públicas el capacitismo se expresa, sobre todo, en el desfase en la falta de mecanismos de seguimiento y evaluación de los ordenamientos legales y de los

<sup>8</sup> Para una revisión comparativa de la legislación vigente sobre inclusión laboral puede revisarse el trabajo de Luque, Garzón y Lóor (2024), entre otros.

cursos de acción establecidos. Esto significa que, si bien se cuenta con legislación reconocida internacionalmente y también en el ámbito mexicano, así como programas para fomentar la inclusión laboral de PcD o para brindar transferencias económicas personales, la problemática de fondo, que es el acceso a un empleo digno y adecuadamente remunerado, que permita vivir con calidad y autonomía, aún es una asignatura pendiente<sup>9</sup>. Se trata, por supuesto, de una problemática compartida por otros sectores de la población, sobre todo los jóvenes, ya sea que se encuentren o no en condición de discapacidad o exclusión.

El capacitismo se expresa también en el ámbito del diseño arquitectónico y urbanístico (García, 2014). Aunque cada vez existen mayores lineamientos de accesibilidad en estos ámbitos, todavía siguen existiendo edificios, diversas construcciones y espacios urbanos en los que no fue utilizado un criterio de accesibilidad, sino que su planeación e implementación fue realizada pensando en un sujeto típico o normal, es decir, que no tiene ningún tipo de limitación para trasladarse o subir escaleras, por señalar lo más evidente. Este capacitismo puede expresarse, también, en la señalética, que muchas veces no considera las imágenes adecuadas, los subtítulos, el audio, el código braille o los formatos de fácil lectura, por mencionar algunos de los ajustes razonables ya previstos en las legislaciones vigentes.

El capacitismo ergonómico se expresa en el diseño enfocado a aquellos sujetos que cuentan con las características, dimensiones, movilidad, capacidades u órganos de los sentidos que se consideran propios del sujeto ideal o normativo. Con este criterio se diseñan muebles, aparatos tecnológi-

cos, páginas de internet, aplicaciones de teléfono celular, entre otras que, al no contemplar la diversidad humana, pueden llegar a ser excluyentes de quienes no se ubican en el terreno de lo que se considera *típico* o *estándar*.

Finalmente, el capacitismo está presente en lo que puede llamarse un ámbito cultural, con la extensa condición difusa que eso implica. Es decir, que permanentemente se recrea una perspectiva capacitista en los más diversos ámbitos de la vida social, que frecuentemente sólo son percibidos por quienes se encuentran en una condición de discapacidad o diversidad, ya sea de forma permanente o temporal. Se trata, por tanto, de una perspectiva capacitista que se expresa transversalmente en la sociedad y que se presenta como un criterio natural o que siempre ha existido, dificultándose así la posibilidad de evidenciarlo y realizar algún tipo de cambio o transformación social.

### **Para ejemplificar la vigencia del capacitismo**

La noción de capacitismo está cada vez más presente tanto en los análisis críticos de la condición de discapacidad, como en el discurso de activistas y militantes de movimientos sociales y organizaciones que buscan promover sus derechos. Se trata de un concepto que surge de la práctica de movimientos, organizaciones y PcD al reflexionar críticamente sobre las condiciones concretas que experimentan en distintos ámbitos de la vida social. Por lo tanto, es un concepto amplio, complejo y que se sigue reflexionando, clarificando y construyendo, al tiempo que sus alcances podrán ir, por supuesto, más allá de lo que aquí se propone. Como se ha señalado, el capacitismo puede describirse como el trato injusto, discriminatorio y basado en prejuicios en contra de las PcD y que pretende fundamentarse en la creencia de que las

<sup>9</sup> Una revisión de la información cuantitativa que muestra desigualdad de acceso a los bienes y servicios públicos de las PcD y exclusión puede consultarse en Cerda (2023).

personas sin discapacidad son superiores. Esto implica que, desde dicha perspectiva, se considera que el criterio o la idea de normalidad (Canguilhem, 1972) se utiliza como el estándar desde el que se debe de medir a todos, con lo cual se crean, asumen o propician implícitamente una serie de condiciones desventajosas para los sujetos de la diversidad.

Una forma de ejemplificar y aportar elementos para la comprensión del capacitismo puede remitirse a los de distintos instrumentos clasificatorios que se vinculan a las formas dominantes de conceptualizar la discapacidad que siguen utilizándose hasta el presente. En 1893 se publicó la Lista Internacional de Causas de Muerte, como una respuesta a la necesidad práctica de contar con parámetros y un lenguaje común para plantear los problemas y avances médicos en el ámbito internacional. Aunque inicialmente ésta estuvo a cargo de las instancias responsables de realizar funciones estadísticas, posteriormente, quedó bajo la custodia y actualizaciones de la Organización Mundial de la Salud. En 1948 se creó la Clasificación Internacional de Enfermedades, conocida como CIE (Hirsch, Nicola, McGinty et al., 2016) y, en 2022, se aprobó su versión más reciente, identificada como CIE-11.

Siguiendo esta línea de razonamiento, en el ámbito de la salud mental, fue necesario establecer criterios diagnósticos para definir lo que efectivamente podría ser considerado como aquello característico y diferencial de determinadas enfermedades, condiciones o trastornos, así como para distinguir de la severidad de sus síntomas, por lo que se crea el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Su primera versión fue publicada en 1952 (García, 2019), mientras que la más reciente se dio a conocer en

2022 bajo las siglas DSM-V, es decir, en su quinta versión.

El desarrollo de estos instrumentos clasificatorios tiene un correlato en el ámbito legal, debido a que a lo largo de la historia ha sido necesario establecer las causas de muerte o las implicaciones jurídicas de determinados tipos de enfermedades. Con un sentido similar, en el ámbito de las políticas públicas fue necesario definir si una determinada causa de muerte, el padecer determinado tipo de enfermedad o la intensidad de su afectación, podrían considerarse como criterios válidos y suficientes para que la persona fuera acreedora a un determinado tipo de pensión, prestación social o beca, entre otros tipos de derechos o beneficios.

Con una orientación similar, surgió también el porcentaje de afectación de una determinada condición o padecimiento, que cuenta hoy en día con su respectiva normativa internacional llamada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF (OMS, 2001), en la que se establecen parámetros de funcionalidad que se utilizan en el ámbito médico y en las políticas sociales, así como en los registros oficiales, certificaciones o credenciales que se otorgan como constancia a personas en distintas condiciones de discapacidad o exclusión, con lo cual pueden solicitar determinadas prestaciones sociales.

La base de este tipo de instrumentos es la noción ampliamente aceptada y naturalizada de que existen seres humanos que tienen todas las características y capacidades que se consideran estándar, aparentemente *normales*, deseables, habituales o presentes en la mayoría. Dado que hay personas que no tienen dichos atributos o características, se considera que se les debe dar un trato diferen-

ciado, mismo que en ciertas situaciones puede beneficiarles, mientras que, en otras, es posible que llegue a afectarles<sup>10</sup>. Para nombrar genéricamente y promover la inclusión y la accesibilidad de las PcD, la ONU (2008) acepta en la Convención en materia de discapacidad, la necesidad, el derecho y la responsabilidad pública de implementar ajustes razonables<sup>11</sup>.

Aunque no se puede incluir ahora todos los detalles de los instrumentos clasificatorios mencionados, difícilmente se podría sostener que *no* tuvieran una base científica. Sin embargo, también se trata de criterios sumamente cuestionados desde la crítica capacitista debido a que un porcentaje relevante de la población debe someterse o plejarse a ellos para que se le permita contar con un reconocimiento oficial y de esa forma, recibir los beneficios que esto llegara a otorgar.

Entre los referentes para sustentar las perspectivas críticas a los instrumentos mencionados se ubica, por ejemplo, la dilación en responder a la demanda de retirar la homosexualidad de la lista de enfermedades de la OMS que contribuyó al estigma social contra esa población y que permaneció vigente hasta 1990 (Peidro, 2021). En un sentido similar, se ha criticado el enfoque de es-

10 Un ejemplo de este trato diferenciado para las PcD en el ámbito público es la figura de la interdicción, mediante la cual se establece que, en caso de éstas no se encuentren en condiciones de tomar sus propias decisiones, éstas pueden ser asumidas por un familiar o tutor. Sin embargo, esta figura ha sido ampliamente cuestionada por las PcD, a partir de cuya crítica y movilización fue abolida por la Suprema Corte de Justicia de México que la consideró una restricción desproporcionada de su capacidad jurídica y como un ejemplo del modelo de sustitución de voluntad (Cruz, 2022). A partir de su abolición, esta figura será sustituida por un sistema de apoyos que entrará en vigor en 2027 como parte del Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares.

11 Según la Convención, estos se definen como “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las PcD el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (Art. 2, ONU, 2008).

tos instrumentos debido al hecho de que en la definición de determinadas condiciones psiquiátricas se reproducen estereotipos de género ya que, erróneamente, fueron asociados a la condición femenina, como un planteamiento que ya ha sido cuestionado y desmentido (Chesler, 1972[2005]). Este tipo de ejemplos muestra la necesidad de analizar críticamente lo que, de manera inamovible, se suele considerar como científico y asumir que dichos criterios de científicidad son resultado de las condiciones sociales e históricas en las que se producen, es decir, que son resultado de la forma en que se desarrollan y se modifican lo que ya ha sido considerado como *comunidades científicas* (Kuhn, 2011) y de las condiciones específicas en que se construyen los conocimientos (Devereux, 1977).

### Hacia el desarrollo de epistemologías contracapacitistas

Las *epistemologías contracapacitistas* pueden definirse, a reserva de que estos enunciados sintéticos requieren de un desglose que se presenta en los siguientes párrafos, como aquellas formas de concebir los procesos de conocer y producir saberes que tienen como punto de partida las condiciones materiales y las reivindicaciones públicas de los sujetos que, dado que están ubicados en condiciones de diversidad, son excluidos socialmente. Epistemologías que asumen que existen distintos caminos y criterios de validación de dichos saberes, más allá de la idea dominante del sujeto individual racional que descubre su existencia. Asimismo, que consideran que la discapacidad está necesariamente intersectada con otras formas de diversidad, todas ellas insertas en relaciones de poder. Que asumen que la diversidad está necesariamente corporeizada, que su comprensión se encuentra en el ámbito de la construcción social de sus significados y que consideran,

como han planteado Ortega y Vite (2025), el valor epistémico de las emociones, conformando así un lugar de enunciación desde el que se cuestiona el racionalismo y las tecnologías rehabilitatorias. Se trata de epistemologías que documentan los sesgos capacitistas que se encuentran naturalizados en las visiones dominantes de la diversidad y cuestionan aquellas posiciones que niegan la capacidad de agencia de los sujetos de la diversidad. Que propician su participación definitoria en los ámbitos de producción de conocimiento y contribuyen a la construcción de sociedades orientadas hacia la inclusión y la justicia social en las que la diversidad no sea objeto de lucro ni de lástima.

Las epistemologías contracapacitistas reivindican, utilizan y aportan referentes distintos a los dominantes a través de criterios y estrategias que no son reconocidas como parte del método científico o de sus criterios de validación. Para reconocer y valorar esas formas diversas de producir conocimiento que son utilizadas por los sujetos sociales en condición de exclusión con la finalidad de reivindicar sus derechos, es necesario asumir y adoptar una perspectiva de diversidad epistemológica y aceptar que la praxis en el espacio público de los sujetos en cuestión, es también una forma de conocimiento, es decir, un ámbito donde existe y se actualiza una episteme (Gramsci, 1970; Sánchez, 1980; Freire, 1972). Estos referentes apenas esbozados, aunque poco reconocidos y a menudo polémicos, tienen un gran valor si se les visualiza desde los cambios sociales que son necesarios y sus repercusiones concretas en una cotidianidad.

Aunque podría pensarse que, en principio, para poner en práctica epistemologías contracapacitistas bastaría con ir en sentido opuesto o, al menos, cuestionar aquellas epistemologías que forman parte de un proyecto capacitista o algunos

de sus componentes, se trata de una cuestión es más compleja. Lo anterior debido a que es necesario explicitar cuáles serían las orientaciones generales de aquellas epistemologías que podrían considerarse como contracapacitistas y no sólo proponer una definición a través de *lo que no son*.

El punto de partida y justificación de su necesidad surge de la constatación de que las circunstancias necesarias para que las personas en condiciones de discapacidad, diversidad o exclusión elaboren sus aportes a las sociedades, son muy limitadas o inexistentes. Sin dejar de reconocer que, en distintos momentos históricos y en determinados países, las colectividades o movimientos de PcD han realizado grandes avances y aportes, también es necesario considerar que su acceso a la educación escolarizada, especialmente en los ámbitos de la formación de licenciatura o posgrado son limitados o insuficientes<sup>12</sup>. Por supuesto que esto no significa que una persona que no ha tenido oportunidad de escolarizarse o lo ha hecho sólo de manera limitada, no pueda aportar conocimientos, conceptos, planteamientos críticos o ideas que orienten y fortalezcan su proyecto de futuro. Lo que aquí se trata de enfatizar es que la carencia de acceso a la educación escolarizada, especialmente en los niveles medio superior o superior, dificulta o pone limitaciones innecesarias e injustas a la posibilidad de que las personas en condiciones de discapacidad, diversidad o exclusión se enfoquen y cuenten con lo necesario para desarrollar y proponer a la sociedad su mirada crítica y sus alternativas.

<sup>12</sup> Los datos sociodemográficos del INEGI que sustentan esta afirmación han sido ampliamente expuestos y analizados en los libros *Epistemologías de las discapacidades. De la exclusión a la incidencia* (Cerdeña, 2023). Asimismo, en *Los trazos de la diversidad en la UAM: de la información a la inclusión*, específicamente en el inciso 1.4 *La condición de diversidad, la pobreza y la exclusión en educación* (Cerdeña, 2025: 59-63).

Los indicadores que se han utilizado para evidenciar las desigualdades en el acceso al ámbito educativo por parte de las mujeres en México (Tagüeña y Pollitzer, 2021) también podrían ser pertinentes para mostrar el limitado acceso al derecho a la educación de los grupos en condiciones de exclusión. Sin embargo, actualmente no es posible contar con datos precisos respecto del porcentaje de PcD u otras formas de diversidad que accede a aquellas licenciaturas o posgrados con mayor demanda, o bien, que logra ubicarse en los mecanismos estatales que promueven la investigación. Tampoco es posible conocer con exactitud las fechas en que las personas en condiciones de discapacidad o diversidad pudieron obtener el título en las distintas licenciaturas, en comparación con la población en general.

De lo anterior se desprende que la primacía de criterios y epistemologías capacitistas, que se sustenta en ideas de uniformidad, así como en estándares de cuerpos, mentes y psiques que se consideran *normales*, colocan en posición de desventaja no sólo a los sujetos en condición de discapacidad, sino también a otras personas que se encuentran en condiciones de diversidad. Es por ello que es necesaria una adecuada comprensión de las raíces e implicaciones del capacitismo, así como su ubicación en un campo semántico a través del cual se vincula, y frecuentemente se potencia, con otras formas de exclusión aún vigentes. Es decir, que el racismo, la homo/transfobia y la discriminación se vinculan a formas de diferencia socialmente valoradas como negativas o inferiores. Como se ha señalado, cuando se adoptan perspectivas o epistemologías contracapacitistas no sólo se beneficia a las PcD, sino también a quienes se ubican en otras formas de diversidad o exclusión.

Para avanzar en el planteamiento, desarrollo y puesta en práctica de epistemologías contracapacitistas es preciso identificar con precisión y tener como punto de partida la agenda de quienes están en condiciones de exclusión o que están siendo discriminados como resultado de la adopción de criterios capacitistas. Es decir, conocer y dar centralidad a sus intereses, a los asuntos de orden público que les resultan relevantes y, en cuanto al ámbito de la generación de conocimientos, a las preguntas de investigación que ellas/os mismos y sus problemáticas plantean. Siguiendo esa orientación, es necesario retomar y adoptar los criterios y posicionamientos epistemológicos que proponen quienes se encuentran en condiciones de exclusión originadas en la infravaloración de su ubicación social en el ámbito de las diferencias. Es decir, compaginarse con las formas de producción de conocimiento que son propuestas o utilizadas por los sujetos de la diferencia que se posicionan críticamente contra la primacía de los criterios capacitistas.

Teniendo como referente algunas de las rutas de trabajo planteadas desde las epistemologías feministas (Perona, 2000), aquellas que se consideran contracapacitistas pueden enfocarse a documentar y evidenciar los sesgos capacitistas que están presentes en perspectivas epistemológicas que son utilizadas en distintas disciplinas, mostrando a través de ello los componentes capacitistas que están presentes en conocimientos que hoy son aceptados o que están legitimados en diferentes campos disciplinarios. A ello pueden contribuir, también, las reconstrucciones críticas de los antecedentes y genealogías que se expresan en la forma en que, desde determinadas posiciones epistémicas, se ha conceptualizado a las PcD y otras formas de diversidad como sujetos sin capacidad de agencia, como objetos de asistencia,

como personas con menor valor o como objeto de estigmas sociales excluyentes.

Para avanzar en un programa que ponga en juego y fomente las epistemologías contracapacitistas resulta relevante documentar, ubicar las limitaciones y promover una participación equitativa de las personas en condiciones de discapacidad y diversidad en los espacios sociales en los que se están llevando a cabo investigaciones y existe la intención de producir conocimientos respecto de las problemáticas que ellas/os mismas/os enfrentan. Esta presencia, orientación y aportes cualitativos de los sujetos de la diversidad en los ámbitos de producción de conocimiento son decisivos y pueden generar nuevos conocimientos que propicien la transformación social, en lugar de perpetuar el *statu quo* de la exclusión. En un sentido similar, es deseable que se pongan en práctica líneas o programas de investigación, así como programas de estudio de pre y posgrado que permitan la formación académica de quienes están interesados en avanzar en la puesta en práctica de epistemologías contracapacitistas, en las que participen tanto quienes integran estas colectividades como quienes se consideran sus aliados.

En un contexto capacitista y de epistemologías capacitistas como las descritas a través del uso aceptado, oficial y generalizado de instrumentos clasificatorios internacionales y de uso común en contextos nacionales, resulta conveniente ilustrar, a través de un ejemplo, aquello que aquí pretende definirse como epistemologías contracapacitistas. La presencia de PcD y diversidad en el espacio público, así como el planteamiento de sus propuestas y la expresión de sus reivindicaciones en dicho ámbito, no es algo nuevo ni unívoco. Una de sus expresiones más persistentes se encuentra en el ámbito laboral, ya sea para la obtención de

permisos para el comercio ambulante por parte de las autoridades, como por la promoción de reformas legales que favorezcan su acceso a puestos de trabajo en instituciones públicas y privadas. En el ámbito de la comunicación ha sido emblemático el logro de un amparo mediante el que se logra la interpretación en Lengua de Señas Mexicana de la conferencia matutina de la presidencia<sup>13</sup>, mientras que en el terreno universitario las iniciativas se han centrado en el derecho a contar con los ajustes razonables previstos en los ordenamientos jurídicos<sup>14</sup>. En el marco del actual debate sobre un Sistema Nacional de Cuidados, el Movimiento de PcD ha colocado el planteamiento de que éste no sólo debe enfocarse en la problemática de su precarización y feminización en la población en general, sino que también debe incluir y beneficiar a quienes se encuentran en otras condiciones de exclusión (CDHCDMX, 2024).

Aunque el propósito de este escrito no pretende documentar con detalle el análisis de cada uno de estos casos, puede observarse que el denominador común de todos ellos es la generación y utilización de conocimientos que pueden ubicarse como parte de epistemologías contracapacitistas, cuyos rasgo e implicaciones son objeto de este inciso. Cuando las personas en condiciones de exclusión llevan a cabo este tipo de reivindicaciones en el ámbito público, están recurriendo, reclamando el reconocimiento y haciendo uso público, a partir de su intencionalidad de incidencia política, de conocimientos creados y considerados como tales a través de posturas y lógicas epistemológicas que no son las legitimadas y reconocidas. Al

13 García, D. (coord.) (2014). Diseño para la discapacidad. México: UAM-X/DCyAD.

14 Uno de los casos que ha tenido mayor presencia en los medios públicos es el de Selene García Vara, una joven con discapacidad intelectual, cuyo proceso legal para ser admitida en el Centro Morelense de las Artes de la Universidad Autónoma de Morelos se desarrolló entre 2014 y 2023 y que hizo necesaria su recurrencia a instancias internacionales (Miranda, 2023).

reivindicar esos conocimientos, están también aportando nuevos elementos a las epistemologías contracapacitistas.

### Conclusiones

Las epistemologías capacitistas y la posibilidad de formular y poner en práctica otras formas de producción de conocimiento que puedan calificarse como contracapacitistas no se restringen al ámbito de la abstracción, sino que se expresan y son experimentadas en la vida cotidiana. Dichas experiencias tienen lugar tanto en los ámbitos educativos, académicos e institucionales, como en los espacios públicos.

Al inicio de este trabajo se planteó la cuestión de cuáles son las implicaciones que tiene el capacitismo, en términos epistemológicos, en tanto concepto que surge del activismo de las PcD y en el marco del Modelo Social de la Discapacidad. Aunque se encuentra en constante redefinición y debate, el capacitismo puede caracterizarse, no sólo, por la centralidad y dominancia que brinda a la noción de normalidad, sino también por su negación de la alteridad y la heterogeneidad de los sujetos, así como por su vínculo con modelos económicos que propician la acumulación de los recursos comunes. La perspectiva capacitista también se expresa en formas de conceptualizar las corporalidades desde la exclusión de las diferencias y evitando la posibilidad de ubicarlas como espacios de construcción de significado, de ejercicio del poder y de expresión emocional.

En el ámbito de los procesos de producción de conocimiento, la perspectiva capacitista deja de lado la posibilidad de que dicho ejercicio se oriente a partir de las preocupaciones, las reivindicaciones o la agenda de las PcD. Tampoco considera que su condición se encuentra intersectada y debiera

asumirse como parte de la diversidad de sujetos excluidos, desde una perspectiva de la heterogeneidad y asumiendo la diversidad epistémica no sólo desde la interdisciplina, sino, sobre todo, al considerar que los sujetos en condición de exclusión realizan aportes epistémicos a partir de su práctica y desde la reflexividad que generan a partir de ella. Al no reconocer el potencial de los sujetos en condición de exclusión como portadores y creadores de conocimiento, el capacitismo reproduce mecanismos de violencia epistémica que es necesario visibilizar y cuestionar.

Las epistemologías contracapacitistas pretenden ir en un sentido opuesto a los rasgos capacitistas, tomar distancia de los discursos clasificatorios y cuestionar las formas en que se les somete a perspectivas que colocan a las PcD como seres pasivos a los que hay que restituir funciones. Se trata de epistemologías que reivindican saberes que surgen de prácticas y mecanismos de incidencia en el espacio público, a pesar de que éstos no sean reconocidos como conocimientos surgidos de instituciones académicas. Son epistemologías desde las que se proponen conocimientos que se construyen en condiciones adversas debido a que quienes forman parte de las colectividades excluidas se enfrentan a un reducido acceso a la educación en sus distintos niveles, así como a condiciones laborales adversas que reducen sus posibilidades materiales para enfocarse y dedicar un tiempo significativo para expresar públicamente sus perspectivas críticas y sus propuestas. La discusión y puesta en práctica de epistemologías contracapacitistas puede ser de gran utilidad y potenciar las estrategias de incidencia que desarrollan tanto las personas en condiciones de discapacidad y exclusión, como sus aliados y las iniciativas académicas que se pronuncian a favor de sus reivindicaciones.

## Referencias bibliográficas

- BARNES, C. (2012). “The Social Model of Disability: Valuable o Irrelevant?”. En: Watson, Nick., Roulstone, Alan y Thomas, Carol. *The Routledge Handbook of Disability Studies*. London: Routledge. Pp. 12-29.
- BARTON, L. (coord.) (1996). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Ediciones Morata.
- BERRÍO, L. CASTAÑEDA, M. et. al. (2018). *Antropologías feministas en México: Epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas*. México: UNAM, UAM.
- CAMPBELL, F. K. (2008). “Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism”. *M/C Journal*, 11(3).
- CANGUILHEN, G. (1972). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CARLSON, L. (2001) “Estudios sobre discapacidad y capacitismo cognitivo: reflexiones feministas sobre la historia del retraso mental”. En: *Hypatia*, 16(4): 124–146.
- CERDA, A. (2023) *Epistemologías de las discapacidades. De la exclusión a la incidencia*. México/Argentina: UAM-X/CLACSO.
- CERDA, A. (2025) *Los trazos de la diversidad en la UAM: de la información a la inclusión*. México: UAM-X.
- CHESLER, P. (1972[2005]) *Mujeres y locura*. Madrid: Gobierno de Navarra.
- COMISION DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE MEXICO (CDHCDMX) (2024) “Un sistema integral de cuidados es necesario para impulsar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”. En: *Boletín*. No. 53, 3 de mayo.
- CRUZ, I. (2022) El Estado de interdicción y la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad en México. En: *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*. México: IIJ-UNAM. Pp. 696-671.
- DEVEREUX, G. (1977) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI Editores.
- ESPINOSA, A. (2025) “La IA: acumulación por desposesión de los saberes colectivos”. En: *El Universal*. México. 5 octubre.
- FREIRE, P. (1972) *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.
- FRICKER, M. (2006). *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, Oxford: Oxford University Press.
- GARCIA, D. (coord.) (2014). *Diseño para la discapacidad*. México: UAM-X/DCyAD.
- GARCIA, O. (2019) “La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico”. En: *Teoría. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*. Vol. 34, No. 3, pp. 441-460.
- GRAMSCI, A. (1970). *Introducción a la filosofía de la praxis*. Barcelona: Península.
- GUEVARA, G. (2024) “Guz Guevara lucha por los derechos humanos en el cine y la música”. En: *La Crónica*. México. Entrevista de Montserrat RM. 15 de mayo. Disponible en línea: <https://www.cronica.com.mx/escenario/guz-guevara-lucha-derechos-humanos-cine-musica.html>
- HARASIM, T. (2016) *La evolución histórica del ocularcentrismo en la arquitectura*. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid. Tesis.
- HARAWAY, D. (2004). “Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective”. En: Harding, Sandra (ed.). *The Feminist Standpoint Theory Reader. Intellectual and Political Controversies* (pp.81-101). Oxfordshire: Routledge. 81-101.
- HARDING, S. (editora) (2004). *The Feminist Standpoint Theory Reader. Intellectual and Political Controversies*. Oxfordshire: Routledge.

- HARRISON, F. (Ed.) (1997) “Anthropology as an agent of transformation: introductory comments an queries”. In: *Decolonizing Anthropology. Moving Further toward an Anthropolgy for Liberation*. USA: Association of Black Anthropology. Pp. 1-14.
- HIRSCH, J.A., NICOLA, G., MCGINTY et. al. (2016) “CIE-10: Historia y contexto”. En: *American Journal of Neuroradiology*. Abril, No. 37 (4): 596-599.
- HUMPHRIES, T. (1977). *Communicating across cultures (deaf-hearing) and languages learning*. Doctoral dissertation. Ohio: Union Institute and University.
- KUNH, T. (2011). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- LÉVINAS, E. (1977) *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. España: Ediciones Sígueme
- LUQUE, A., GARZÓN, J. y LOOR, G. (2024) “Análisis comparativo de la legislación vigente sobre inclusión laboral de las personas con discapacidad en la Comunidad Andina”. En: *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. Vol. 21, No. 40. Pp. 3-38.
- MALDONADO, J. (2020) “Sentir la discapacidad en tiempos neoliberales: optimismo cruel y fracaso”. En: *Nómadas*, No. 52. Enero-junio. Pp. 45-59.
- MCRUER, R. (2002[2020]) “Compulsory Able-Bodiedness and Queer/Disabled Existence”. En: *Papeles del CEIC*, Vol. 2.
- MCRUER, R. (2018) *Crip Times. Disability, globalization and resistance*. New York: New York University Press.
- MENDIA, I., LUXÁN, M. y LEGARRETA, M. (2014) *Otras formas de (re)conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*. País Vasco: Universidad del País Vasco.
- MIRANDA, J. (2023) “Exigen disculpa pública a joven con discapacidad por negar su ingreso a Centro Morelense de las Artes”. En: *El Universal*. México: El Universal. 4 de mayo.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: OMS.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (2008) *Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: ONU.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2021) *Informe Mundial sobre el edadismo*. EEUU: OPS.
- ORTEGA, E. y VITE, D. (Eds.) (2025) *Discapacidad y feminismos. Germinando perspectivas críticas y anti/contracapacitistas desde América Latina*. Argentina: CLACSO.
- PEIDRO, S. (2021) “La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas”. En: *Revista de Bioética y Derecho*. Barcelona. No. 52. Pp. 221-236.
- PERONA, A. (2000) “Epistemología Feminista”. En: Jacobo Muñoz y Julián Velarde, *Compendio de Epistemología*. Madrid: Editorial Trotta. Pp. 213-217.
- PINO, J., RODRÍGUEZ, P. y LAPIERRE, M. (2023) “Salvajes, indígenas, cojas, inválidas: Epistemologías anticapacitistas del Sur”. *Saúde Soc*. Vol. 32, No. 2. Pp. 1-12.
- QUIJANO, A. (2014). “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”. En *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórica a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Buenos Aires: CLACSO.
- RUSSO, A. (1987) “Conflicts and contradictions among feminist over issues of pornography and sexual freedom”. En: *Women’s Studies International Forum*. Vol. 10, Issue2. Pp. 103-112.
- SÁNCHEZ, A. (1980). *Filosofía de la praxis*. México: Siglo XXI Editores.
- SHOWALTER, E. (1985). *The Female Malady*. Lon-

- don: Virago.
- SKUTNABB-KANGAS, T. (1994). *Linguistic Human Rights. Overcoming Linguistic Discrimination*. Berlín/New York: Mouton de Gruyter.
- TAGÜEÑA, J. y POLLITZER, E. (2021) “Ciencia, energía y género en los Objetivos de Desarrollo Sostenible”. En: *Revista Inventio. La genes de la cultura universitaria en Morelos*. Vol. 17, no. 42. Pp. 1-11.
- TOBOSO, M. (2017) “Capacitismo”. En: R. Lucas Platero, María Rosón y Esther Ortega (eds.) *Barbarismos queer y otras esdrújulas*. Barcelona: Bellaterra. Pp.73-81.
- TOBOSO, M. y GUZMÁN, F. (2010). “Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto”. En: *Política y Sociedad*, Vol. 47, No. 1, 67-83.
- VITE, D. (2022) “Cuestionar (nos) las violencias epistémicas capacitistas”. En: Schewe, L. y Yarza, A. (Coord). *Cartografías de la discapacidad. Una aproximación pluriversal*. Argentina/Colombia: CLACSO/U. de Antioquia. pp. 23 – 38.
- VITE, D. y ORTEGA, E. (2022) “De las violencias epistémicas hacia su transgresión”. En: Schewe, L. y Yarza, A. (Coord). *Cartografías de la discapacidad. Una aproximación pluriversal*. Argentina/Colombia: CLACSO/U. de Antioquia. Pp. 55- 62.

# Atención médica integrada y centrada en la persona vs pesocentrismo en el primer nivel de atención: reflexiones y recomendaciones

---

Alejandra García Arista\* • Fabiola Carolina Vázquez Díaz\*\*  
Karla de los Ángeles Martínez Alegría\*\*\* • Iván Tonatiuh Rodríguez Serrato\*\*\*\*  
Abdiel Fernando Uribe Allier\*\*\*\*\*

---

## RESUMEN

De forma general, se considera que existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en el mundo; siendo el sobrepeso aquel que rebasa determinados parámetros cuantitativos definidos como ‘sanos’ y la obesidad aquella condición patológica desde una perspectiva biomédica hegemónica. Esta perspectiva hegemónica —biologicista, individualista, descontextualizada— se ha enfocado en el peso corporal como único indicador para establecer si una persona está ‘sana’ o ‘enferma’, a esto, se le conoce como pesocentrismo y perpetúa el estigma alrededor de las personas con peso por encima del catalogado como ‘normal’ o de cuerpos grandes, influyendo incluso en la atención integral a la salud. Un enfoque pesocentrista durante las consultas del primer nivel de atención puede conducir a la desatención de otros síntomas que causan sufrimiento, a complicaciones de salud y afectación a la calidad de vida, además de incomodidad emocional en las personas consultantes generando la evitación de los entornos de salud. El objetivo de este artículo es presentar un breve análisis de la atención médica del sobrepeso y obesidad y recomendaciones dirigidas al personal de salud que labora en el primer nivel de atención desde un enfoque incluyente y no pesocentrista en la consulta médica y con ello favorecer el apego terapéutico y la calidad de vida de las y los consultantes.

**PALABRAS CLAVE:** Sobrepeso, obesidad, salud integral, consulta médica, buen trato.

\* Directora de Proyectos de Investigación y Desarrollo Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [alejandra.garciaa@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:alejandra.garciaa@unisa.cdmx.gob.mx)

\*\* Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [fabiola.vazquezd@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:fabiola.vazquezd@unisa.cdmx.gob.mx)

\*\*\* Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [karla.martineza@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:karla.martineza@unisa.cdmx.gob.mx)

\*\*\*\* Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [ivan.rodriguez@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:ivan.rodriguez@unisa.cdmx.gob.mx)

\*\*\*\*\* Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: [abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx)

**Fecha de recepción:** 21 de septiembre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 18 de diciembre de 2025.

## **Integrated, person-centered healthcare vs weight-centeredness in primary care: reflections and recommendations**

### **ABSTRACT**

In general, there is a high prevalence of overweight and obesity worldwide. Overweight is defined as exceeding certain quantitative parameters considered “healthy,” while obesity is considered a pathological condition from a hegemonic biomedical perspective. This hegemonic perspective—biological, individualistic, and decontextualized—has focused on body weight as the sole indicator of whether a person is “healthy” or “ill.” This is known as weight-centrism and perpetuates the stigma surrounding people with a weight above what is considered “normal” or with larger bodies, even influencing comprehensive healthcare. A weight-centrism approach during primary care consultations can lead to the neglect of other symptoms that cause suffering, health complications, and a diminished quality of life, as well as emotional discomfort for patients, leading to avoidance of healthcare settings. The objective of this article is to present a brief analysis of medical care for overweight, and obesity and recommendations directed to health personnel working at the first level of care from an inclusive and non-weight-centric approach in medical consultation and thereby promote therapeutic adherence and quality of life of the consultants.

**KEYWORDS:** Overweight, obesity, comprehensive health, medical consultation, good bedside manner.

### **Introducción**

Estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que desde 1975 hasta el 2016 la obesidad y el sobrepeso en adultos se habían casi triplicado siendo más de 1900 millones con sobrepeso y 650 millones con obesidad. En 2022 una de cada ocho personas en el mundo se caracterizaba con obesidad (OMS, 2025). En México, los datos reportan que el 75.2% de la población mayor de 20 años presenta obesidad o sobrepeso, de estos, la prevalencia de obesidad (38.3%) y sobrepeso (36.9%) fue en los grupos de edad entre los 40 y 59 años (ENSA-NUT, 2018).

La comunidad científica, en especial la comunidad médica suele hacer uso del término obesidad

como un tecnicismo del área, el cual se enfoca en el peso corporal de las personas, estableciendo parámetros del peso que se considera adecuado o “sano” y aquel que es visto como patológico. Esto, sin tener en cuenta las condiciones contextuales en las que se presenta dicha condición, ni las implicaciones que tiene para la persona que es catalogada de esta manera por los estigmas sociales asociados (Hernández y Román, 2025).

El criterio más empleado para conocer las condiciones de nutrición en las personas adultas es el Índice de Masa Corporal (IMC) (OMS, 2025). Este indicador se obtiene dividiendo el peso por la altura al cuadrado, una persona con un IMC de 25 a 29.9 es considerada con sobrepeso; de 30

a 39.9 es con obesidad y a partir de 40 es valorada con obesidad grave. Determinar estos criterios resulta relevante, ya que, una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal puede tener consecuencias importantes para la salud como la resistencia a la insulina, riesgo de padecer diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, incluso, puede ser causa de muerte prematura (Levy y Nessen, 2023; OMS, 2025).

En la investigación epidemiológica y en la práctica clínica, el IMC es el método más empleado para diagnosticar la obesidad por su bajo costo, su facilidad y su no invasividad (González y Schmidt, 2011). Estas cualidades lo transforman en un instrumento normalizado y asequible, particularmente cuando los recursos son escasos y no existen métodos complejos para analizar la composición del cuerpo (Carrasco et al., 2004). Aunque el IMC no mide directamente la grasa corporal, se basa en la correlación histórica entre la estatura, el peso y el riesgo metabólico. El IMC tiene una alta especificidad (0,90; IC 95%: 0,86-0,94). Esto quiere decir que, si el valor supera los puntos de corte determinados, es efectivo para confirmar la obesidad (Ruiz et al., 2022). No obstante, este criterio tiene una sensibilidad baja (0,50; IC 95%: 0,43-0,57), lo que significa que cerca del 50 % de las personas con exceso de grasa no son identificadas por este criterio (González y Schmidt, 2011). El IMC continúa siendo el estándar diagnóstico a pesar de esta restricción, ya que posibilita calcular de forma rápida y replicable el riesgo asociado con la obesidad; esto facilita la toma de decisiones clínicas y fomenta la puesta en marcha de políticas públicas en salud (González, 2022).

Si bien, el IMC es el criterio más empleado para valorar si una persona padece o no sobrepeso u obesidad, este indicador ha recibido varias críti-

cas, ya que, se ha señalado que el peso es el resultado de una combinación de tejido muscular y adiposo en proporciones variables, los cuales no pueden ser determinados sólo a través de una báscula. Esta referencia, adoptada como parámetro médico, margina las particularidades genéticas, culturales e incluso geográficas, midiendo de la misma forma a sujetos distintos, olvidando que el nivel socioeconómico, el género, la edad o el origen étnico constituyen variables explicativas del peso corporal, de forma que, las prácticas alimentarias dependen de numerosos factores micro y macro estructurales (Bernier, 2020; Jiménez, 2013).

Desde el punto de vista de la salud integral, el IMC presenta limitaciones importantes, ya que no tiene en cuenta aspectos como la proporción de las partes del cuerpo, las variables culturales y sociales, los determinantes sociales de la salud y los elementos metabólicos. El IMC, aunque es un indicador diagnóstico por lo sencillo y normalizado que es, también tiene sus desafíos. Cuando se mide el cuerpo solamente de esta manera, la diversidad corporal se reduce a un único parámetro biométrico, que es una ecuación que vincula el peso y la altura con una balanza. Este método no toma en consideración las especificidades culturales, geográficas o genéticas; más bien, mide a sujetos diferentes de la misma manera y pasa por alto elementos que ayudan a entender el peso del cuerpo más allá de la masa grasa (Marauri et al., 2025).

El género, la edad, el origen étnico y el nivel socioeconómico son variables que no solamente afectan la composición del cuerpo, sino que también definen las posibilidades de manejar la salud y alimentarse. Por ejemplo, las prácticas alimentarias están determinadas por elementos de micro y macroestructura, como son la educación

en nutrición, la disponibilidad de alimentos, las políticas públicas y las normas culturales (Ball y Crawford, 2010; Anekwe et al., 2020). Si no se toman en cuenta estas dimensiones, se perpetúa un modelo biomédico reduccionista que oculta las disparidades sociales y culturales relacionadas con la obesidad.

Asimismo, la obesidad es un fenómeno multidimensional, según demuestra la evidencia. Más de 80 % de las variables relacionadas con este problema son de tipo sociocultural, entre ellas la educación, las redes sociales y las condiciones estructurales (Jalilzadeh y Goharinezhad, 2025).

Lo anterior, se encuentra reforzado bajo el modelo de salud hegemónico, el cual tiende a individualizar la responsabilidad de los hábitos de consumo, actividad física, y la constitución corporal del individuo, sin considerar la influencia que pueden tener diversos elementos socioculturales. Esta perspectiva hegemónica, por ejemplo, considera que el consumo de refrescos o bebidas azucaradas sería una decisión racional e individual, sin tener en consideración el papel que juega el Estado en la regulación de ese tipo de productos, en la facilidad que existe para conseguirlas o en la búsqueda de una bebida refrescante después de largas jornadas laborales (Sánchez, 2022). Ortúzar (2016) ha evidenciado que, a la luz de este modelo individual y reduccionista se refuerzan las desigualdades, ya que se asume que el alcance de la salud es una elección más no una condición social y culturalmente determinada.

### **Primer nivel de atención médica: atención integrada y centrada en la persona vs pesocentrismo**

La obesidad y el sobrepeso son atendidos en el primer nivel de atención médica (Lema, 2022).

Este es el primer contacto de los pacientes con los servicios de salud; aquí se organizan los recursos que permitirán resolver las necesidades de atención que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación (Vignolo et al., 2011).

El primer nivel de atención médica tiene como objetivo la atención integral y centrada en las personas, se dirige a la mejora de su calidad de vida y bienestar, partiendo del respeto pleno a sus derechos, dignidad, intereses, preferencias y contando con su participación efectiva. Este enfoque es opuesto al reduccionista de centrarse solo en el peso de una persona denominado pesocentrismo, en esta perspectiva se vulneran los derechos de las personas en nombre de una preocupación médica, anteponiendo el descenso de peso a otras preocupaciones (Longhi et al., 2021; Rodríguez, 2010).

Entendiendo el pesocentrismo como la atención y valoración excesiva del peso corporal como indicador de salud y valor personal, este se relaciona directamente con la gordofobia que puede conceptualizarse como el miedo, rechazo e intolerancia a la gordura (propia o externa), reflejada en distintas actitudes o comportamientos, siendo el principal de ellos la discriminación (directa o indirecta) hacia las corporalidades gordas (Marauri et al., 2025). Esta conexión se da porque el pesocentrismo refuerza la idea que solo los cuerpos delgados son saludables y valiosos, lo que alimenta prejuicios y estigmatiza a aquellos que no se ajustan a ese ideal (Hernández y Román, 2025).

La literatura identifica que a las personas con obesidad se les reconoce ‘sin autocontrol’, que ‘no comen con prudencia’ o ‘no quieren estar más saludables’ (Cohen y Shikora, 2020). Albury (et

al., 2020) identificaron que a las personas con obesidad se les estereotipa como ‘flojos’, ‘irresponsables’, ‘sin fuerza de voluntad’ y ‘que comen de forma impulsiva’. En estos estigmas opera el sesgo de peso, que es la internalización de estereotipos que provocan la desvalorización de las personas hacia sí mismas o hacia otras a causa de su peso o tamaño (Balasundaram y Daley, 2025; Lema, 2022; Longhi et al., 2021). Estas expresiones dan cuenta de las lógicas individualizantes que consideran a la obesidad y al sobrepeso como resultados de decisiones individuales y descontextualizadas, lo cual permite reconocer un proceso de internalización y reproducción de las lógicas estigmatizantes en relación con el peso.

Es esencial el análisis de la construcción de los estereotipos, ya que estos conllevan una serie de asociaciones entre las características físicas y los rasgos de carácter, roles sociales y comportamientos; se construyen a través de los mensajes de los medios de comunicación y la comercialización de productos y servicios que vinculan la personalidad, el deseo y la capacidad con las dimensiones del cuerpo; así, el discurso de ‘verse bien/sentirse bien’ es legitimado tanto por los estándares estéticos contemporáneos como por el discurso biomédico y promueve la conexión entre salud y belleza (Parra, 2016).

A pesar de que la obesidad y el sobrepeso se da en hombres y mujeres, la población femenina tiene mayor afectación por los estereotipos, esto debido a los prejuicios de género aún prevalentes en la sociedad, en donde se asocia la feminidad con un ideal de belleza basado en la delgadez, provocando mayor prevalencia de los trastornos de la alimentación en las mujeres (Cortez et al., 2023; Matacin y Simone, 2019).

La gordofobia es una forma de discriminación que se puede manifestar como rechazo, marginación y/o exclusión en diferentes espacios, siendo de particular interés los servicios de atención a la salud. Como se ha documentado, los prejuicios que pueden presentar los profesionales de la salud en relación con el peso pueden influir en la calidad del tratamiento, particularmente cuando las personas deciden retrasar la búsqueda de atención médica o evitan acudir a consulta por temor a ser juzgados por su peso (Rodríguez-González et al., 2025).

El modelo biomédico hegemónico, así como los modelos de atención a la salud, han enfatizado la relación que el sobrepeso y obesidad tienen en la morbimortalidad, y a pesar que los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad ética de proporcionar una atención basada en la evidencia científica y libre de juicios y estereotipos, la realidad muestra que los prejuicios relacionados con el peso pueden afectar la objetividad e imparcialidad de los profesionales de la salud, a la vez que las conductas gordofóbicas pueden tener consecuencias negativas en la vida de las personas (Hernández y Román, 2025).

Tanto los estigmas como las conductas gordofóbicas impactan negativamente en la práctica médica, ya que el personal deja de considerar otros elementos relacionados con el sobrepeso o la obesidad, considerando estas condiciones como una enfermedad en sí misma. Esta lectura del sobrepeso o la obesidad como una patología evidente, es frecuente sobretudo en situaciones en donde no se cuenta con estudios de gabinete que avalen dicha sospecha clínica (Albury et al., 2020). De tal forma que, la gordofobia puede repercutir en una evasión a acudir a consultas médicas, debido a expresiones empleadas en la consulta, por

el personal de salud, como ‘obeso’ y ‘obesidad mórbida’ lo que interfiere en la atención médica oportuna (Sánchez-Carracedo, 2022).

La atención de primer nivel al ser el primer contacto debe ocurrir sin estigmas hacia cualquier tipo de cuerpo, sobretodo en personas con obesidad y sobrepeso, para que se pueda construir una adecuada relación médico-paciente que beneficiará a ambos, sobretodo al personal médico le permitirá tener una conversación o interrogatorio más abierto y adecuado que favorezca el apego terapéutico.

A continuación, se enlistan algunas recomendaciones dirigidas al personal de salud con la finalidad de erradicar comportamientos que promuevan la estigmatización de personas con sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención a la salud y favorezcan el apego terapéutico y la calidad de vida de la población.

### **Recomendaciones para el personal de salud del primer nivel de atención médica para una atención integral y centrada en la persona en relación con el peso**

En primer lugar, se sugiere que, cuando se mida el peso, talla y signos vitales de una persona se procure al máximo mantener la confidencialidad de la información, ya que son datos personales que deben ser tratados con sensibilidad y en tanto no se erradiquen los estigmas asociados, la divulgación de esos datos a personas conocidas o desconocidas por los pacientes pueden perpetuar los prejuicios.

Segundo, el personal de salud debe reconocer y tener presente que la salud y el bienestar son integrales y no pueden simplificarse a indicadores an-

tropométricos como el peso, el IMC o el porcentaje de grasa corporal, por lo que, se recomienda integrar el análisis de la composición corporal en la práctica clínica y en las estrategias de salud pública contribuyendo a una atención efectiva. Esto no solo permite diagnosticar condiciones de riesgo de manera temprana, sino también combatir los estigmas asociados al peso corporal, promoviendo una perspectiva científica e integral de la salud (Lema, 2022; OMS, 2025).

En tercer lugar, se debe promover en el personal de salud la flexibilidad mental y modificación de distorsiones cognitivas, que permitan el respeto a la diversidad de aspecto, tamaño y formas corporales, modificándose el pensamiento rígido y sesgado, en donde solo lo delgado es “saludable”, con lo anterior también se debe evitar suponer que el tamaño corporal de una persona es evidencia de comportamientos alimentarios, rasgos de personalidad o estado de salud (Benitez, 2025).

Cuarto, se debe tener en cuenta y de ser necesario transmitir a las y los consultantes que el sobrepeso y la obesidad son producto de determinantes físicas, psicológicas, económicas, sociales y culturales insertas en un cronosistema, siendo así un problema de salud público y no de carácter individual o algo ‘inadecuado’ de las personas. Esto, toda vez que las estrategias tradicionales centradas en el comportamiento individual han demostrado ser insuficientes (Balasundaram y Daley, 2025).

Quinto, se sugiere en la medida de lo posible incluir en el mobiliario de consultorios y centros de salud, sillas de tamaño grande, sin brazos ni preformas de cuerpo, implementar amplios pasillos para transitar de forma libre, así como contar con equipos de medición para personas de peso

elevado y tamaño grande con lo que se confirme que otras formas y tamaños de cuerpo son posibles dando la oportunidad de completar historial clínico e indicar exámenes para comprobar hipótesis diagnósticas. Promoviendo un trato igualitario a las personas con sobrepeso y obesidad para así evitar la discriminación y el maltrato (Benitez, 2025).

Sexto, cuando una persona con sobrepeso u obesidad presenta su motivo de consulta en un contexto de atención médica, se sugiere que los profesionales de la salud brinden los mismos enfoques que ofrecerían a una persona delgada que presenta problemas similares. De forma que, se deben explorar otras etiologías posibles además del sobrepeso y la obesidad para las molestias expresadas por las personas consultantes.

Séptimo, evitar hacer recomendaciones simples como: ‘ya no comas tanto’ ‘ten horarios para comer’, ‘bájale al pan’, ‘elimina el refresco’, esto porque, aunque son indicaciones bien intencionadas, es fundamental que los profesionales de la salud apeguen su tratamiento a la evidencia científica y no en suposiciones personales o estereotipos relacionados con el peso (Hernández y Román, 2025), resulta de mayor ayuda canalizar a un equipo multidisciplinario a las personas consultantes.

Octavo, para evitar perpetuar el estigma asociado a los pacientes con sobrepeso y obesidad durante las consultas médicas, es conveniente capacitar al personal de salud en técnicas de comunicación asertiva con énfasis en la empatía (García-Arista

y Reyes-Lagunes, 2019), para encontrar el momento adecuado de hablar acerca del peso o abordar el tema con sensibilidad; Asegurando que el espacio de consulta sea un lugar seguro disminuyendo la percepción de las y los consultantes de sentirse juzgados (Albury et al., 2020).

Estas recomendaciones pretenden visibilizar la importancia de la capacitación dirigida al personal de salud en temas como diversidad corporal, estereotipos y buen trato en la práctica clínica que promuevan la atención integral y centrada en la persona. Esto podría lograrse con talleres, cursos de educación continua y materiales educativos acerca del tema, con la finalidad de adoptar un enfoque integral de la salud que evalúe factores y parámetros de salud sin juicios previos relacionados con el peso corporal (Hernández y Román, 2025).

## Conclusión

Un enfoque pesocentrista en la práctica médica puede generar errores y retrasos en el diagnóstico y tratamiento oportuno, poniendo incluso en un riesgo vital a la persona, constituyendo desde el punto de vista médico una negligencia o una mala praxis, perpetuando el estigma social asociado a los cuerpos grandes y atentando contra el derecho a la atención de las personas que viven con sobrepeso u obesidad. En cuanto al impacto emocional, las conductas pesocentristas generan sentimientos negativos de responsabilidad de un problema mundial de salud pública y pueden llegar a ser precursoras de trastornos de la conducta alimentaria y otras complicaciones sanitarias.

## Referencias bibliográficas

- ALBURY, C., STRAIN, W. D., BROCOQ, S. L., LOGUE, J., LLOYD, C. E., y TAHRANI, A. (2020). The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 8(5), 447-455. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(20)30102-9)
- ANEKWE, C. V., JARRELL, A. R., TOWNSEND, M. J., GAUDIER, G. I., HISERODT, J. M., y STANFORD, F. C. (2020). *Socioeconomics of obesity*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00398-7>
- BALASUNDARAM, P., y DALEY, S. F. (2025). Public Health Considerations Regarding Obesity. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK572122/>
- BALL, K., y CRAWFORD, D. (2010). The role of socio-cultural factors in the obesity epidemic. En K. Ball y D. Crawford (Eds.), *Obesity Epidemiology: From Aetiology to Public Health* (pp. 105–118). Oxford University Press.
- BENITEZ, J. (2025). No nos quieren sanas, nos quieren delgadas. Una aproximación a las narrativas de gordofobia médica y sus consecuencias. Ensamblajes. *Revista De Antropología Predoctoral*, 2(1), 45-67. <https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/v2.1.10>
- BERNIER, E. (2020). *Grosse, et alors? Connaître et combattre la grossophobie*. Marabout.
- BRITO, N. B. et al. (2021). Estigmatización de la obesidad: un problema a erradicar. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5-7. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.1.1271>
- CARRASCO N., F., REYES S., E, RIMLER S., O., y RIOS C., F. (2004). *Exactitud del índice de masa corporal en la predicción de la adiposidad medida por impedanciometría bioeléctrica*. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. [https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/127954/carrasco\\_fernando.pdf](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/127954/carrasco_fernando.pdf)
- COHEN, R. y SHIKORA, S. (2020). Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. *Obesity Surgery*, 30(5), 1623-1624. <https://doi.org/10.1007/S11695-020-04525-0/METRICS>
- CORTEZ, N. R., GONZÁLEZ, C., y SÁNCHEZ, M. P. R. (2023). Atención nutricional no centrada en el peso: una propuesta de abordaje terapéutico en cirugía bariátrica. *Revista de la Sociedad Española de Cirugía de Obesidad y Metabólica y de la Sociedad Española Para el Estudio de la Obesidad*. <https://doi.org/10.53435/funj.00927>
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición 2018 Presentación De Resultados*. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doc-tos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doc-tos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- GARCÍA-ARISTA, A., y REYES-LAGUNES, L. I. (2017). Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2793-2801. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.11.008>
- GONZÁLEZ, E., y SCHMIDT, J. (2011). ¿Es adecuado el uso del índice de masa corporal para determinar la obesidad? *Evidentia: Revista de Enfermería Basada en la Evidencia*, 8(34). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4661666>
- GONZÁLEZ, J. (2022). Análisis de composición corporal y su uso en la práctica clínica en personas que viven con obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(6), 615–622. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.08.005>
- HERNÁNDEZ, F., y ROMÁN, D. I. (2025). Más allá de la balanza: Repensando la salud en un contexto de pesocentrismo. *Journal of Behavior and Feeding*, 4(8), 44–50. <https://doi.org/10.32870/jbf.v4i8.62>

- JALILZADEH, M., y GOHARINEZHAD, S. (2025). Exploring the multifaceted factors influencing overweight and obesity: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1540756>
- JIMÉNEZ, E. G. (2013). Composición corporal: estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60(2), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.endo-nu.2012.04.003>
- LEMA, R. (2022). Intervenciones no pesocentristas y principios de salud en todas las tallas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 5(3). <https://doi.org/10.35454/rncm.v5n3.384>
- LEVY, S. y NESSEN, M. (2023). Manual MSD. Versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/obesidad-y-s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico/s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico?rule-redirectid=757>
- Longhi, M. B., Carignani, L. y Mancuso, L. (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Revista INCLUSIVA*, 4(2), 12-16. [https://www.academia.edu/86185498/Diversidad\\_corporal\\_pesocentrismo\\_y\\_discriminaci%C3%B3n\\_la\\_gordofobia\\_como\\_fen%C3%B3meno\\_discriminatorio](https://www.academia.edu/86185498/Diversidad_corporal_pesocentrismo_y_discriminaci%C3%B3n_la_gordofobia_como_fen%C3%B3meno_discriminatorio)
- MATACIN, M. y SIMONE, M. (2019). Advocating for Fat Activism in a Therapeutic Context. *Women Therapy*, 42(1), 200-215. <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1524071>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (2025). *Obesidad y sobrepeso*. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- ORTÚZAR, M. G. (2016). Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud. *Revista de Bioética y Derecho*, (36), 23-36. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.36.15374>
- PARRA, A. (2016). La ética de la obesidad y la delgadez en el discurso médico en la posmodernidad. *Ibero foro. Revista de Ciencias Sociales*, XI (22), 178-185. [https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ES-PANOL/7\\_PARRA\\_DOSSIER\\_NO\\_22.pdf](https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ES-PANOL/7_PARRA_DOSSIER_NO_22.pdf)
- RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, M., VARGAS-VELEDA, Y., y MARAURI-CASTILLO, I. (2025). El tratamiento de la gordofobia en las redes sociales YouTube y TikTok: el caso de Itziar Castro. *Revista Científica de Comunicación y Tecnologías Emergentes*, 23(1), e2219. <https://doi.org/10.7195/ri14.v23i1.2219>
- RODRÍGUEZ, P. (2010). La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores*, 106. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>
- RUIZ-GONZÁLEZ, S., MONROY-TORRES, R., MALACARA, J. M., y GUARDADO-MENDOZA, R. (2022). Sensibilidad y especificidad del índice de masa corporal y principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en participantes de zona urbana de ingresos medios en Guanajuato, México. *Nutrición Hospitalaria*, 39(5). <https://doi.org/10.20960/nh.04074>
- SÁNCHEZ-CARRACEDO, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 69, 868-877. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>
- SÁNCHEZ, L. A. (2022). Obesidad: ¿epidemia global o responsabilidad individual? *Interdisciplina*, 10(26), 177-206. <https://doi.org/10.22201/cei-ich.24485705e.2022.26.80974>
- SILVENTOINEN, K., y KONTTINEN, H. (2020). Obesity and eating behavior from the perspective

of twin and genetic research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 109, 150–165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.012>

VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C., y SOSA, A. (2011). Niveles de atención, de prevención

y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7–11. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_abstract)

# Evaluación y fortalecimiento en la implementación de las FESP en los Distritos de Salud para el Bienestar de Sonora, 2024

---

José Luis Alomía Zegarra\* • Jorge Laureano Eugenio\*\* • Abraham Ocejo García\*\*\*  
Universo Ortiz Arballo\*\*\*\* • María Mayela Medina Romero\*\*\*\*\*  
Elia Susana Castro Lomeli\*\*\*\*\* • Eduardo Smith Pérez Juárez\*\*\*\*\*

---

## RESUMEN

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) tienen como objetivo orientar el desarrollo de políticas de salud mediante cuatro ciclos: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso. La consolidación del Sistema de Salud en México requiere de una estructura de rectoría y gobernanza en territorio, identificando áreas de oportunidad y competencias, así como desarrollar procesos de gestión y coordinación sectorial e intersectorial a nivel local. **Objetivo:** Evaluar y fortalecer la implementación de las FESP en los Distritos de Salud para el Bienestar de Sonora; **Materiales y Metodología:** estudio mixto CUALI-CUANTI de tipo secuencial por fases: 1) Construir instrumento; 2) Evaluación de FESP, y 3) Taller de fortalecimiento de FESP. **Resultados y Discusión:** las alfas de Cronbach oscilaron entre 0.66 y 0.80 dividido en los cuatro ciclos, el ciclo más desarrollado fue el de evaluación, mientras que el menos fue el de asignación de recursos. Durante el taller de fortalecimiento, los participantes destacaron la necesidad de herramientas diagnósticas para fortalecer las capacidades operativas, la transformación digital para la APS, se discutió sobre la ausencia de coordinación interinstitucional, la importancia del trabajo con diferentes órganos de gobierno y sociedad civil, además de la falta de infraestructura en zonas vulnerables. **Conclusiones:** la evaluación local de las FESP estableció la línea base de competencias del sistema de salud, fortaleciendo la investigación y vigilancia de comunidades, identificación de inequidades y factores que la condicionan, resaltando la necesidad de mantener evaluaciones de estas competencias, y crear estructuras locales con recurso y personal propio.

\* Director General de Epidemiología en la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud del gobierno de México. Correo electrónico: [jalomia@me.com](mailto:jalomia@me.com)

\*\* Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Correo electrónico: [georgelaure\\_1@hotmail.com](mailto:georgelaure_1@hotmail.com)

\*\*\* Doctorante en epidemiología/bioestadística por la University of Arizona. Correo electrónico: [abraham.ocejo@outlook.com](mailto:abraham.ocejo@outlook.com)

\*\*\*\* Director de Epidemiología en la Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades de la Secretaría de Salud Pública de Sonora. Correo electrónico: [uies.son@gmail.com](mailto:uies.son@gmail.com)

\*\*\*\*\* Jefa de Depto. De Funciones Esenciales de Salud Pública. Correo electrónico: [mayelamedinaromero@gmail.com](mailto:mayelamedinaromero@gmail.com)

\*\*\*\*\* Supervisora estatal en el Servicio Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: [susanacastrolomeli@gmail.com](mailto:susanacastrolomeli@gmail.com)

\*\*\*\*\* Adscrito a los Servicios de Salud de Sonora. Correo electrónico: [eduardossa.sonora@gmail.com](mailto:eduardossa.sonora@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 01 de octubre de 2025.

**Fecha de aceptación:** 16 de diciembre de 2025.

## Evaluation and strengthening of the implementation of the Essential Public Health Functions (EPHF) in the Health Districts for Well-Being of Sonora, 2024

### ABSTRACT

The Essential Public Health Functions (EPHF) guide the development of public health policy through four cycles: assessment, policy development, resource allocation, and access. The consolidation of Mexico's Public Health System requires of a structure of territorial rectory and governance, identifying opportunities areas and capabilities, as well as the development of management process, sectoral and intersectoral coordination at local level. Objective: to develop an assessment tool and implement a local level workshop to enhance the EPHF; **Methods:** A sequential mixed-methods (QUALI-QUANTI) study was conducted in three phases: 1) development of an EPHF assessment tool; 2) assessment of EPHF, and 3) facilitation of a workshop to enhance the EPHF capacities. **Results and Discussion:** the assessment tool demonstrated acceptable internal consistency (Cronbach's alpha 0.66 - 0.80) across the four cycles, the most efficient cycle was assessment, while the less efficient was resource allocation. Along with the enhancing workshop, the participants highlighted the need for diagnosing tools to enhance operative capabilities, the digital transformation of the PHC, they discussed over the lack of interinstitutional coordination, the importance of cooperative work with other government agencies and civil society, in addition of the lack of infrastructure on vulnerable zones. **Conclusion:** the local assessment of the EPHF established a baseline of the public health capabilities, enhancing the research and surveillance of communities, identification of inequities and the factors that condition them, highlighting the need to continue the capabilities assessed, as well as generate local structures with their own personal and resources.

### Introducción

En la comprensión y abordaje de los determinantes sociales de la salud que integre un enfoque territorial de participación social y acción intersectorial, es necesario comprender, evaluar y fortalecer las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), hasta el nivel de los Distritos de Salud Para el Bienestar (DSB), como herramientas clave para hacer posible la rectoría y gobernanza nacional, estatal y local del sistema nacional de salud.

Las FESP tienen como objetivo orientar el desarrollo de políticas de salud colectiva en un ciclo

de 4 componentes: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso, priorizando una perspectiva territorial, sumando a diversos actores y sectores, para enfrentar de manera más efectiva las desigualdades, inequidades e injusticias sociales que mantienen la pobreza y la exclusión, que afectan la salud y bienestar de las poblaciones con mayor rezago social (Moya-Medina et al., 2024).

México ha impulsado la transformación del sistema de salud, con el propósito de cumplir con el artículo 4o de la Constitución Política de los

Estados Unidos Mexicanos, que consagra el derecho a la salud para todas las personas que están en el territorio nacional. En esta transformación, la Secretaría de Salud del Gobierno de México, ha desarrollado el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), basado en Atención Primaria de la Salud (APS) y las FESP (Diario Oficial de la Federación, 2022). En esta reconfiguración, el Estado de Sonora, al norte del país, opera con un sistema de salud fragmentado, teniendo una población en 2024 de 3 111 704 habitantes, y de la cual 1 198 897 no cuenta con seguridad social laboral lo que corresponde a un 38.5% de la población, ubicándose en el tercer lugar después de Coahuila y Nuevo León (29.4% y 30%, respectivamente), esto en un territorio geográfico de aproximadamente 180 608 km<sup>2</sup>, siendo el segundo de mayor extensión en México, esto representa un gran reto para garantizar el acceso a servicios de atención individual y colectiva.

Los grandes elementos de trabajo en estos cambios, han sido priorizar el enfoque territorial y consolidar el Servicio Nacional de Salud Pública, los DSB y el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar (CECOSABI), que ha implicado capacitación, escucha de diversos actores, la revisión, reflexión y replanteamiento de atribuciones, estructuras y de la Ley Estatal de Salud (Alomía-Zegarra, 2024). Estos procesos iniciaron en octubre del 2023, se requirió abrir mesas de discusiones continuas intersectoriales y sectoriales, donde uno de los elementos clave fueron las FESP para fortalecer la rectoría y gobernanza en salud.

En el contexto local, los DSB, son la estructura operativa en territorio, identificando áreas de oportunidad y competencias, desarrollando procesos de gestión y coordinación para el fortalecimiento y cumplimiento de los principios del

MAS-Bienestar: cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, calidad y oportunidad (Diario Oficial de la Federación, 2022).

Las FESP se han evaluado a nivel nacional en diferentes contextos, existiendo una herramienta exhaustiva para dicho propósito y creada por la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010), no obstante, en un país tan vasto como México, con diferentes zonas geográficas y estados autónomos, nace la necesidad de diseñar un instrumento que pueda medir a un nivel más elemental las funciones de salud pública por parte del sistema de salud, que si bien, es un sistema nacional, éste se encuentra fraccionado en diferentes niveles administrativos, siendo la unidad básica los distritos de salud para el bienestar.

En Sonora, hay 6 distritos de salud para el bienestar, cada uno con características que los diferencian entre sí, donde tenemos zonas de desierto arenoso, matorral, pastizal, bosque, selva y manglares, que se traduce en actividades económicas específicas y problemas de salud diferenciados entre cada área. Asimismo, los distritos varían en cuanto a extensión territorial y densidad de población.

Este artículo muestra resultados del diseño y aplicación de un instrumento de medición de FESP, así como la experiencia del Taller Estatal para su fortalecimiento en los 6 DSB, ilustrando el nivel de cumplimiento de las FESP y las propuestas para hacer frente a las brechas de salud colectiva de cada territorio.

## **Materiales y Métodos**

Se utilizó un método mixto con diseño de tipo explicativo secuencial con tres fases. En la primera

fase, se recabó la información, en la segunda se analizaron los datos cuantitativos; posteriormente se trianguló y amplió con una tercera fase con datos cualitativos. Los datos tipo CUAN y tipo CUAL tuvieron el mismo nivel de importancia.

El estudio consistió en una intervención institucional para evaluar y fortalecer las FESP en el estado de Sonora, a través de la Secretaría de Salud estatal y se llevó a cabo en el periodo del 4to trimestre del 2023 al 4to trimestre de 2024. Las unidades evaluadas fueron los 6 DSB.

1. Fase de construcción de un instrumento de evaluación de las FESP con base en el Modelo MAS-Bienestar. Si bien existen herramientas para evaluar las FESP, estas son de dimensión nacional, lo que limita el reconocimiento de particularidades locales, sobre todo en países federales, con una gran diversidad socio-territorial y autonomía estatal.

Para la construcción del instrumento, inicialmente se llevaron a cabo cursos sobre las FESP-Renovadas para el personal directivo y operativo de los DSB. Posteriormente, se realizaron mesas de trabajo con todo el personal de salud pública de cada uno de los 6 DSB existentes en Sonora, hasta llegar a consensos sobre las funciones que se realizan actualmente, en el nivel local y lo que se espera de acuerdo con las FESP y el nuevo Modelo MAS-Bienestar (DOF-25/10/2022) (Diario Oficial de la Federación, 2022). Así mismo, se identificaron instrumentos que se han aplicado a nivel nacional y elementos estratégicos para lo local.

El instrumento resultante consistió en 41 ítems que se dividieron en cada uno del ciclo

de las políticas, donde se articulan las FESP (Evaluación; Desarrollo de Políticas Públicas; Asignación de Recursos; y Acceso), utilizando una escala tipo Likert de 0 a 5, donde 0 es que no cumple y 5 es que se cumple al 100%, para cada uno de los 41 ítems. Para su evaluación se realizó un análisis de consistencia interna con Alpha de Cronbach.

2. Evaluación de las FESP en los DSB. Se realizó la aplicación del instrumento en cada uno de los 6 DSB (como se observa en la figura 1) durante el primer semestre de 2024 (enero-junio), mediante un modelo de entrevista semiestructurada, aplicada en dos sesiones de tres horas, donde se agregó a cada uno de los 41 ítems, una pregunta abierta con una breve descripción por parte del personal del DSB del porqué de la respuesta dada. Las evaluaciones fueron comparadas con evidencia documental relacionada con cada uno de los ítems, dando como resultado final el contrastado por el equipo de expertos en cuanto a la supervisión de las FESP en el Estado.

El análisis de los datos se realizó con un modelo ciego, donde el capturista no se involucró en la recolección de datos. La obtención de resultados fue mediante el programa estadístico R versión 4.4.1(R Core Team, 2025).

3. Taller de fortalecimiento de las FESP en los DSB. Con base en los resultados del instrumento de evaluación de las FESP, se llevó a cabo el taller participativo de fortalecimiento de las FESP, avanzando en el proceso a la reflexión y discusión de las perspectivas y retos para el fortalecimiento local de competencias, con el propósito de reducir las brechas de salud colectiva en territorio, fortalecer la APS y

desarrollar estrategias para incidir con acciones colectivas en cada territorio.

## Resultados

Los participantes del estudio fueron el equipo directivo de cada DSB, con sus 7 áreas de acción: gerencia, operaciones, logística, inteligencia, programas de acción específicos, Centro Coordinador de Salud para el Bienestar (CECOSABI), y supervisión. Las profesiones dominantes fueron

medicina, áreas de salud (psicología, nutrición, trabajo social, salud pública), y enfermería. Asimismo, el máximo grado de estudios fue de posgrado en un 79% de los participantes, mientras que el 21% restante fue de nivel licenciatura. En cuanto a la experiencia en el puesto, el jefe distrital fue el que tuvo más experiencia con un promedio de 27 años, en contra parte con el área de menor experiencia que fue supervisión con solo 9 años en promedio (ver tabla 1).

**Tabla 1. Datos descriptivos de los participantes de los distritos de salud para el bienestar**

Variable	Años de experiencia $\bar{x}$ (min, max)/%
<b>Puesto</b>	
Jefe Distrital	27 (3, 49)
Área de Gerencia	13 (1, 27)
Área de Operaciones	18 (1, 31)
Área de Logística	15 (5, 22)
Área de Inteligencia	19 (1, 34)
Área de Programas	18 (3, 26)
Área de CECOSABI	10 (1, 32)
Área de Supervisión	9 (2, 17)
<b>Profesión</b>	
Enfermería	17%
Medicina	38%
Área de la Salud	20%
Otra	25%
<b>Nivel de estudios</b>	
Licenciatura	21%
Posgrado	79%

En la fase 1, el trabajo con panel de expertos local y nacionales, se replantearon ítems y discutieron elementos de evaluación, definiendo 41 ítems divididos en los 4 ciclos de las FESP, mismos que al evaluar sus propiedades psicométricas se obtuvieron índices de consistencia interna de 0.66 en el componente de desarrollo de políticas públicas y 0.80 en evaluación, pasando por 0.76 en acceso y un 0.79 en asignación de recursos (tabla 2).

**Tabla 2. Resultados de alfa de Cronbach para el instrumento de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública.**

Ciclo	ítems	Alfa de Cronbach (IC 95%)
Evaluación	10	0.80 (0.42, 0.97)
Desarrollo de políticas públicas	10	0.66 (0.02, 0.95)
Asignación de recursos	11	0.79 (0.41, 0.97)
Acceso	10	0.76 (0.31, 0.96)

En la Fase 2, la aplicación del instrumento a los 6 DSB, fue a 58 profesionales de diferentes disciplinas con experiencia en servicios de salud (de 3 hasta 24 años). El 36% era personal médico, 24% de enfermería, 12% administrativos, 10% de nutrición y 18% de otras profesiones.

Los resultados de la aplicación del instrumento muestran que el componente con mejor desempeño fue Evaluación, con un 54% de los distritos alcanzando niveles moderados o superiores. La documentación de evidencias, mostró que los DSB cuentan con capacidades establecidas para la recolección y análisis de información, lo que fortalece la toma de decisiones en salud colectiva a nivel local en relación a la respuesta a un brote epidemiológico, o a medidas de promoción a la salud y prevención de enfermedades mediante

programas de difusión de información en colonias de riesgo. No obstante, se menciona que el requerimiento de un mayor uso de nuevas tecnologías para mejorar capacidad de integración, análisis, proyección y uso de los datos recolectados por los DSB.

En contraste, el componente de Asignación de Recursos presentó la menor proporción, con solo un 35% de desempeño. Los DSB con menor puntaje en esta área fueron Santa Ana (22%) y Navojoa (29%), evidenciando que los recursos mayoritariamente se definen y planifican a nivel nacional y estatal, sin considerar las necesidades locales, desde una perspectiva externa a cada realidad de territorio, presentando dificultades estructurales en la distribución equitativa de recursos y la sostenibilidad operativa de las acciones (ver la figura 1).

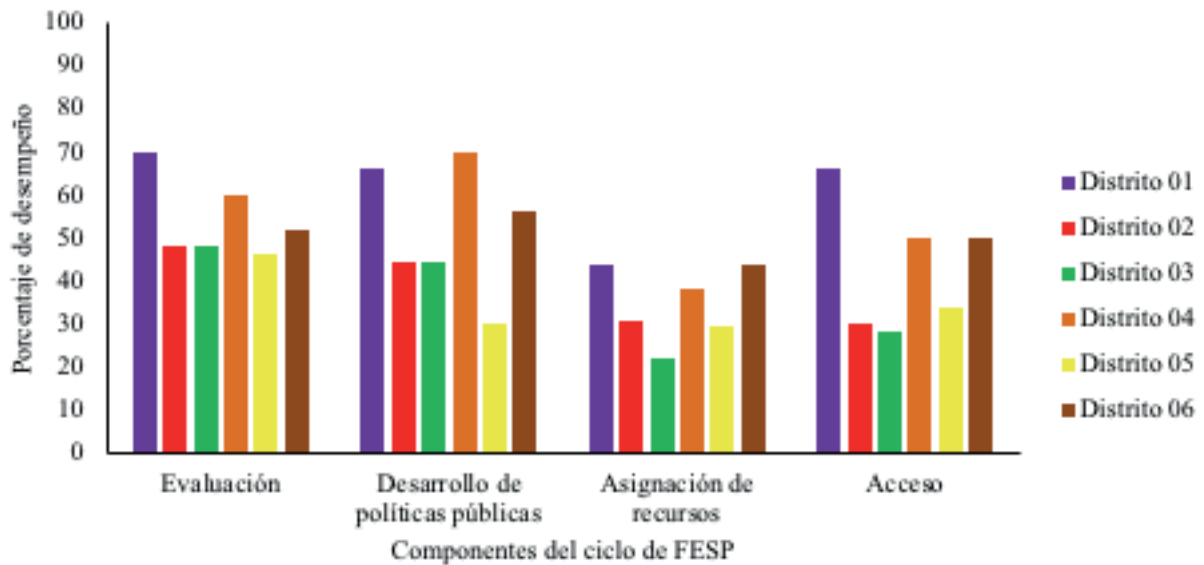
**Figura 1. Valoración de componentes de FESP en relación con desempeño de los DSB.**

Figura 1. Valoración de componentes de FESP en relación con desempeño de los DSB.

En la fase 3, Taller de fortalecimiento de las FESP, los participantes de los DSB, señalaron tener limitaciones en el uso de herramientas diagnósticas para fortalecer las capacidades operativas y señalaron la necesidad de la transformación digital para fortalecer la Atención Primaria en Salud. Por su parte, las brechas de salud colectiva resaltaron la ausencia de coordinación interinstitucional en acciones integrales y sostenibles ante las limitaciones de recursos. Destacan la importancia del trabajo con los presidentes municipales y organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, destacan la falta de infraestructura en salud para atender zonas vulnerables y el no contar con capacitación continua (ver tabla 3).

## Discusión

La aplicación del instrumento de evaluación de las FESP en los 6 DSB, permitió identificar diferencias entre los DSB por ubicación geográfica, contexto cultural, características de la población, personal de salud con que cuentan, la distribución geográfica de las unidades de atención médica y la relación con los proveedores de atención médica, elementos que trascienden de alguna manera la implementación de FESP.

Los talleres permitieron observar que el personal de los DSB ya contaba con competencias que permitieron el desarrollo de acciones a nivel local, no obstante, reconocen dificultades respecto a la normativa nacional y estatal, como señalaron López-Arellano y Delgado-Campos, es necesario generar modificaciones legales e institucionales para fortalecer el trabajo sectorial local, no solo estatal; así como utilizar la normativa de la ac-

**Tabla 3. Resultados del Taller Estatal de fortalecimiento de las FESP realizado en los DSB, en Sonora, 2024.**

Primera etapa del Taller Estatal	Brechas detectadas	Deficiencias en la coordinación interinstitucional local, que afecta la aplicación de la APS local Falta de diagnósticos intersectoriales, que incluyan no solo al Sector Salud, y que consideren las necesidades específicas de las comunidades, en una perspectiva coordinada.
	Áreas de mejora	Sensibilización y capacitación continua del personal, en todos los niveles de atención. Establecimiento de alianzas para la acción en conjunto, con la posibilidad de compartir metas, indicadores, relevo de liderazgo y en su caso, presupuestos e indicadores.
Segunda etapa del Taller Estatal	Retos	Incrementar la disponibilidad de recursos económicos, que sean definidos en su gasto, a nivel local, no estatal o nacional. Mecanismos de consulta ciudadana para priorizar necesidades de cada territorio, favoreciendo el rol activo de las poblaciones en la conducción de acciones para su salud y bienestar
	Propuestas	Establecer mecanismos de evaluación y análisis periódico, para identificar nuevos retos y replanteamiento de acciones desde lo local. Crear sistemas integrados de monitoreo para todos los niveles operativos, que permita una mejor toma de decisiones Involucrar a otros actores en el fortalecimiento de las FESP en el ámbito local.

ciones en el ámbito de la salud colectiva, permitiendo dar permanencia a la transformación y fortalecer la capacidad rectora de las Secretarías de Salud Estatales en lo que respecta a articular las acciones con los diferentes prestadores de servicios presentes en cada territorio (López-Arellano et al., 2024).

Otro aspecto a destacar es, el no tener recursos propios para la planificación desde los mismos DSB, Ochoa-Torres y López-Ridaura señalan que la autonomía para disponer de recursos, es una acción clave para responder a las características de cada territorio, posibilita la suma de

actores locales y, sobre todo, genera procesos de acción sostenibles, permitiendo a los DSB, incidir en los desertos y brechas de la atención a la salud. Estos mismos autores, señalan que son estratégicos los sistemas de información integrados, que incluyan equipamiento y capacidades instituciones. La necesidad de mantener actualizado estos sistemas (Ochoa-Torres y López-Ridaura, 2024), fue otra condición identificada en el Taller Estatal, así como, la importancia de la evaluación territorial, desde una perspectiva intersectorial y considerando los determinantes sociales de la salud locales, poco visibles para las políticas nacionales o estatales.

Las FESP renovadas, replantearon la forma de evaluación e incorporaron un componente específico para la inclusión de las desigualdades sociales y su abordaje, sin perder el pulso de lo local, colocando a los DSB, como un espacio clave de rectoría y gobernanza en salud, identificando la necesidad de mantener el trabajo intersectorial, la participación social y la configuración local de redes de trabajo con el sector salud (Alomía-Zegarra, 2024; Ochoa-Torres y López-Ridaura, 2024).

La relevancia de DSB, por su configuración territorial y cercanía local, también es descrita por Restrepo Pimienta, Nieto Ríos y Fonseca Deluque, quienes plantean la necesidad de revisión y creación de mecanismos normativos para garantizar la salud como derecho universal así como la modernización de la gestión pública para atender las vulnerabilidades de la población (Restrepo Pimienta et al., 2023), algo que también se identificó en el Taller de fortalecimiento de las FESP: como la necesidad de mantener mecanismos para el involucramiento de la sociedad en la toma de decisiones.

En experiencias de otros lugares como Puno (Perú), se encontró que una de las mayores dificultades en cuanto a la implementación de un sistema de salud basado en la persona y la comunidad, y con seguimiento a las FESP, fue la fragmentación de los servicios, así como la falta de liderazgo a nivel local por parte de la autoridad de salud (Quispe-Mamani et al., 2022), hallazgos similares a lo identificado en Sonora, reiterando la importancia de no solo evaluar las FESP a nivel local, sino además, la oportunidad de implementar talleres para capacitar, sensibilizar y fortalecer habilidades de los líderes sanitarios y autoridades locales.

En el Taller, se identificó la necesidad de fortalecer la gobernanza local en salud y la importancia de las acciones intersectoriales, que permitan el análisis de cada realidad y planes de acción, algo que Silva Morocho señala en su artículo sobre las limitaciones que se tienen para establecer los comités ciudadanos locales y su seguimiento, entre los que describe la falta de medios de divulgación, la regulación inadecuada por parte de las autoridades locales, así como la normativa vigente y el interés de los actores en participar (Ángel y Morocho, 2022).

Ferrer Lozano y Morejón Trofimova describieron que el uso de la gestión territorial en Cuba, les ha permitido la participación de los diversos actores intersectoriales en la toma de decisiones, reduciendo decisiones unilaterales y centralizadas (Lozano y Trofimova, 2021); visión que tiene importancia para el trabajo en salud colectiva, en tanto el MAS-Bienestar en México, impulsa un fuerte componente de territorialización, mandato clave para el trabajo de los DSB, en acciones de salud colectiva en los territorios y gestión para generar bienestar y salud.

Esta gestión territorial, tiene que ir acompañada de elementos clave de rectoría, tal como lo menciona en su estudio, Gorosterrazú Rivero, describiendo los resultados de su instrumento sobre la autonomía de las Direcciones Departamentales del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, que definió diferentes categorías como 1) programas desarrollados, 2) recursos humanos, 3) recursos financieros, 4) objetivos y población destinataria de los programas, 5) territorio sobre el cual se desplegaron las acciones y programas, 6) supervisión del funcionamiento de los distintos programas co-ejecutados en el territorio, y 7) evaluación de resultados e impacto de las acciones y programas desarrollados. Este autor señala que, a pesar

de la descentralización en Uruguay, los servicios de salud se vieron limitados en las funciones y competencias, pues, contaban con estos elementos a nivel operativo, pero no a nivel gerencial (Gorosterrazú Rivero, 2024), siendo esto similar en los 6 DSB en Sonora, por lo que se deberá de reforzar el enfoque de gestión territorial, pero con todos los elementos requeridos para un buen desempeño.

## Conclusión

El sistema de salud en México tiene grandes retos para consolidar el modelo MAS-Bienestar en el territorio, basado en la APS y las FESP, pues aún se impulsa un sistema de toma de decisiones nacional y estatal, centrado en el cumplimiento de metas, existiendo insuficiente apoyo para el desarrollo de las competencias necesarias en los DSB para ejercer la rectoría y gobernanza local. Se requiere avanzar en una mejor comprensión

y abordaje del MAS-Bienestar, una mayor participación de la sociedad civil y de actores claves como parte del proceso de desarrollo de políticas, más allá de garantizar la prestación de servicios de atención médica.

Este trabajo aporta evidencia sobre las capacidades de los DSB de Sonora para desplegar las FESP. Su evaluación en el ámbito local permite establecer una línea basal de las FESP en los DSB e identifica la necesidad de fortalecer la investigación de necesidades y la vigilancia en salud, impulsar la transformación digital del sistema de salud e identificar las inequidades sociosanitarias, para crear estructuras estatales y locales con mayor capacidad de respuesta e incidencia territorial con acciones colectivas sobre los determinantes sociales de salud, como una prioridad del sistema estatal de salud, con recursos suficientes y personal capacitado para estas acciones.

## Referencias bibliográficas

- Alomía-Zegarra, J. L. (2024). Servicio Nacional de Salud Pública: implementación en el estado de Sonora. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 714–717. <https://doi.org/10.21149/16268>
- Ángel, M., & Morocho, S. (2022). *Comités ciudadanos locales de salud: incidencia en el proceso de participación ciudadana del Cantón Palora, 2018 - 2021*. <https://repositorio.iaen.edu.ec/handle/24000/6040>
- Diario Oficial de la Federación. (2022). ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). En *Diario Oficial de la Federación*. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0)
- Gorosterrazú Rivero, J. A. (2024). *La desconcentración territorial del Ministerio de Salud Pública en Uruguay: un análisis descriptivo sobre el alcance de la autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud (2015-2020)* [Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/22181>
- López-Arellano, O., en en SP, D. C., Ixshel Delgado-Campos, V., & en Soc, D. C. (2024). La transformación del sistema público de salud en la Ciudad

- de México. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 689–698. <https://doi.org/10.21149/15659>
- Lozano, Y. F., & Trofimova, Y. M. (2021). “Gestión intersectorial, herramienta para la gestión de políticas públicas. Una experiencia cubana en la Atención Primaria de Salud”. *Panorama Cuba y Salud*, 16(2), 142–145.
- Moya-Medina, J., Finkelman, J., & Molina-Leza, J. (2024). “El papel de las funciones esenciales de salud pública en los sistemas de salud”. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 637–643. <https://doi.org/10.21149/15640>
- Ochoa-Torres, M. del P., & López-Ridaura, R. (2024). “El reto de cerrar brechas y eliminar desiertos de atención”. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 774–782. <https://doi.org/10.21149/15833>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Organización Mundial de la Salud. [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Instrumento\\_Guias\\_Aplicacion.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Guias_Aplicacion.pdf)
- Quispe-Mamani, E., Pineda-Palomino, K. P., Poma-Callo, Y., Quispe-Huaranca, I. L., Inquilla-Mamani, J., Quispe-Mamani, E., Pineda-Palomino, K. P., Poma-Callo, Y., Quispe-Huaranca, I. L., & Inquilla-Mamani, J. (2022). Gestión organizacional de la atención primaria en el sistema regional de salud en Puno, Perú. *Revista de Salud Pública*, 24(4), 1-. <https://doi.org/10.15446/RSAP.V24N4.101006>
- R Core Team. (2025). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (4.4.1). R Foundation for Statistical Computing.
- Restrepo Pimienta, J. L., Nieto Ríos, W. A., & Fonseca Deluque, R. de J. (2023). Protección social en salud: política, gestión y resultados. *Revista Venezolana de Gerencia*, 28(102), 581–594. <https://doi.org/10.52080/RVGLUZ.28.102.9>

# Infecciones respiratorias en infantes y la percepción materna del apoyo social en comunidades rurales zacatecanas

---

Juan Daniel Contreras Martínez\* • Pascual Gerardo García Zamora\*\*  
Cristina Almeida Perales \*\*\*

---

## RESUMEN

**Introducción:** Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) siguen siendo una de las principales causas de morbilidad en menores de cinco años, particularmente en zonas rurales del país. Los determinantes sociales como el apoyo social pueden influir significativamente en el curso de las IRAs. **Objetivo:** Describir la relación del apoyo social con prevalencia y hospitalización por IRAs en menores de cinco años en comunidades rurales del municipio de Pinos, Zacatecas. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en cuatro comunidades rurales de Pinos, Zacatecas. Mediante un muestreo no probabilístico, se aplicó un cuestionario a 85 madres de niños menores de cinco años, donde se evaluaron elementos socioeconómicos, la prevalencia y hospitalización anual por IRAs y la medición del apoyo social percibido por las madres mediante la Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). **Resultados:** se encontró una relación significativa entre el apoyo social en su dimensión instrumental y la presencia de IRAs (OR 3.47; IC95%: 1.20 -10.04; p =0.043). La prevalencia de IRAs, fue del 43.5%, y la de hospitalización asociada del 22.4% de la muestra. **Conclusiones:** Los hallazgos evidencian que la falta de apoyo instrumental incrementa significativamente el riesgo de IRAs y hospitalización infantil en comunidades rurales. La salud infantil debe abordarse no solo desde la atención médica, sino también mediante políticas que refuercen el tejido social.

**PALABRAS CLAVE:** Infecciones respiratorias agudas, apoyo social, salud infantil, comunidades rurales.

\* Maestrante de la Maestría en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: [jdanielcont@gmail.com](mailto:jdanielcont@gmail.com)

\*\* Docente investigador adscrito a la Maestría en Ciencias de la Salud y la Unidad Académica de Medicina Humana, de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: [ggaza2000@gmail.com](mailto:ggaza2000@gmail.com)

\*\*\* Docente investigador de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: [crisalm@uaz.edu.mx](mailto:crisalm@uaz.edu.mx)

**Fecha de recepción:** 31 de agosto de 2025.

**Fecha de aceptación:** 14 de diciembre de 2025.

## Respiratory Infections in infants and maternal perception of social support in rural zacatecan communities

### ABSTRACT

**Introduction:** Acute respiratory infections (ARIs) remain one of the leading causes of morbidity among children under five years of age, particularly in rural areas of the country. Social determinants, such as social support, may significantly influence the course of ARIs. **Objective:** To describe the relationship between social support and the prevalence and hospitalization due to ARIs in children under five years of age in rural communities of the municipality of Pinos, Zacatecas. **Methods:** An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted in four rural communities of Pinos, Zacatecas. A non-probabilistic sampling approach was used to administer a questionnaire to 85 mothers of children under five years old. The survey assessed socioeconomic factors, annual prevalence and hospitalization due to ARIs, and perceived social support through the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). **Results:** A significant association was found between instrumental social support and the presence of ARIs (OR 3.47; 95% CI: 1.20–10.04;  $p = 0.043$ ). The prevalence of ARIs was 43.5%, while hospitalization associated with ARIs occurred in 22.4% of the sample. **Conclusions:** The findings show that lack of instrumental support significantly increases the risk of ARIs and hospitalization in children from rural communities. Child health should be addressed not only through medical care, but also by implementing policies that strengthen the social fabric.

**KEYWORDS:** Acute respiratory infections, social support, child health, rural communities.

### Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) comprenden un conjunto heterogéneo de enfermedades del tracto respiratorio, desde el resfriado común hasta la neumonía, con un curso clínico agudo menor a quince días y manifestaciones que incluyen tos, fiebre, rinorrea, disnea o dificultad respiratoria (Rudan et al., 2008). A nivel mundial, las IRAs continúan representando una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde concentran más del 60% de las muertes prevenibles en menores de cinco años (Walker et al., 2013). En México, constituyen uno

de los motivos más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención, con un promedio de 4 a 6 episodios anuales en zonas urbanas y hasta 8 en áreas rurales, donde las condiciones estructurales incrementan el riesgo y la recurrencia (Esparza Parada et al., 2016).

La ocurrencia, gravedad y desenlace de las IRAs no responde únicamente a factores biológicos individuales, si no que trasciende e inscriben a un entramado multicausal determinado por condiciones sociales, económicas y territoriales. Entre los determinantes sociales vinculados a la salud

respiratoria infantil destacan la disponibilidad y calidad de los servicios básicos de atención, el nivel educativo de los padres, las condiciones de vivienda, el ingreso familiar y el entorno ambiental inmediato (Marmot, 2005)”. Estos factores configuran escenarios de vulnerabilidad que en contextos rurales y de marginación, suelen intensificarse debido a la dispersión geográfica de las viviendas, la limitada infraestructura sanitaria, dificultades de transporte y escasez de personal de salud, que conyevan al riesgo de enfermar y limitan la capacidad de respuesta de las familias ante un episodio respiratorio agudo.

Los menores, son reconocidos como sujetos plenos del derecho a la salud, lo que implica no sólo la disposición formal de servicios, sino su accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En comunidades rurales marginadas, el ejercicio efectivo de este derecho se ve condicionado por barreras estructurales, limitaciones que evidencian el hecho de que la salud infantil no puede analizarse de forma aislada a su contexto y territorio.

En la presente investigación se analizó la prevalencia de IRAs y de hospitalización con el apoyo social, así como las características socioeconómicas de los hogares de los menores. El apoyo social ha sido señalado como un recurso protector clave. Es definido como el conjunto de provisiones instrumentales o expresivas de carácter real o percibido, provenientes de las redes sociales formales e informales del individuo (Berkman y Glass, 2000) (Fernandez Peña, 2005). El instrumento *Medical Outcomes Study* (MOS) evalúa el apoyo social percibido, y considera cuatro dimensiones: apoyo emocional/ informacional, ayuda material o tangible, compañía positiva o relaciones sociales de ocio y de distracción, y por último apoyo efectivo (Del Carpio Ovando et al., 2022).

La evidencia internacional sugiere que un mayor apoyo social percibido se asocia con mejor utilización de servicios de salud, mayor adherencia a tratamientos y reducción de complicaciones en enfermedades crónicas y agudas (Cohen y Wills, 1985). En el ámbito de lo pediátrico, se ha observado que madres con redes sociales sólidas presentan mayor capacidad para identificar signos tempranos de enfermedad y activar conductas de búsqueda de atención oportuna (Bartolo Alva, 2022). Sin embargo, en comunidades rurales latinoamericanas, los estudios que vinculan directamente el apoyo social con la morbilidad respiratoria infantil son aún escasos, y los existentes están enfocados a dilucidar las desigualdades estructurales en el plano socioeconómico sin profundizar en los mecanismos sociales de cuidado.

En este sentido, es de interés analizar la relación entre el apoyo social percibido por las madres o tutoras con la ocurrencia de infecciones respiratorias agudas y/o la hospitalización por este motivo en menores de cinco años de comunidades rurales del municipio de Pinos, Zacatecas, México. Este abordaje permite articular la mirada epidemiológica con una perspectiva de medicina social hacia esta población rural, caracterizada por comunidades con alta dispersión poblacional y limitaciones estructurales. Pinos cuenta con más de 72,000 habitantes, encontrándose entre los municipios con mayor grado de marginación a nivel estatal y concentra a la vez un alto porcentaje de población en pobreza extrema (CONEVAL, 2022). Por lo que las condiciones de precariedad educativa, económica y sanitaria lo convierten en un espacio propicio para explorar la naturaleza social de la enfermedad respiratoria aguda a través de la percepción materna.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y de corte transversal. El trabajo de campo se desarrolló durante el último trimestre del año 2024 en cuatro comunidades rurales del municipio, seleccionadas por su alta marginación y limitada accesibilidad a servicios de salud. La población objetivo fueron madres o tutoras de niñas y niños menores de cinco años nacidos a partir de 2019. Se incluyeron a 85 participantes seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, en función de la disponibilidad logística, la seguridad en la región y la dispersión geográfica de las viviendas. Se reconoce que los resultados encontrados no pueden ser extrapolables al no cumplir con la representatividad de la población. Se excluyeron los casos en los que los menores presentaban diagnóstico previo de asma, fibrosis quística o cromosomopatías (Trisomía 13, 18, 21, Klinefelter o Turner), con el fin de evitar sesgos por comorbilidades respiratorias crónicas o predisposición genética. Se consideraron las siguientes definiciones operativas:

- IRAs: procesos infecciosos de vías respiratorias con evolución menor a 15 días, acompañados de uno o más síntomas (tos, rinorrea, fiebre, dificultad respiratoria). La presencia de IRAs en los menores se estableció mediante autorreporte materno sobre episodios en los 12 meses previos.
- Hospitalización por IRA: se consideró cuando la madre refirió que el menor requirió ingreso a una unidad hospitalaria a causa de una IRA.
- Apoyo social percibido: se midió mediante la Escala MOS de apoyo social percibido. Escala adaptada al español y previamente validada en

población mexicana, con un coeficiente de confiabilidad interna (Alfa de Cronbach) de 0.78. Esta herramienta incluye cuatro dimensiones:

- a) apoyo emocional/informacional,
- b) apoyo tangible o material,
- c) compañía positiva y,
- d) apoyo afectivo.

Las respuestas se codifican y categorizan en niveles de apoyo bajo, moderado y alto, de acuerdo con los criterios establecidos por el instrumento.

- Condiciones sociodemográficas: conjunto de características sociales y demográficas que describen a una población o individuo, tales como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, ingreso económico, tamaño del hogar, etnia y lugar de residencia. Estas condiciones influyen en las oportunidades, recursos disponibles y riesgos de salud, por lo que constituyen determinantes importantes en la distribución de la enfermedad y en la utilización de servicios sanitarios.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 27. Se emplearon estadísticas descriptivas y análisis bivariado mediante las pruebas chi-cuadrada y regresión logística binaria, considerando un nivel de significancia de  $p < 0.05$ . Sobre los aspectos éticos para la realización del presente estudio, se tomó en consideración la declaración de Helsinki de 1964 (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2001), que instituye como principio básico el respeto al participante; así mismo el código de Núremberg sobre ética

médica en la experimentación y consentimiento informado por escrito para la participación en la investigación (Universidad Navarra, 2007).

En todo momento fue considerado el bienestar de los participantes por encima de los intereses de la presente investigación, mediante aspectos éticos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo, capítulo I, donde se consideró el respeto a la dignidad y la protección de los derechos humanos, además de clasificarse a esta investigación como sin riesgo ya que se basa en el análisis de información a través de entrevistas estructuradas, sin intervenir en la integridad física, emocional o psicológica de los participantes (Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, 2024); se protegió en todo momento la privacidad del individuo sujeto a una investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, de acuerdo con lo inscrito en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, 2010).

## Resultados

### *Condiciones socioeconómicas*

Se recopiló información de 85 madres de menores de cinco años, las cuales resultaron con una edad media de 29.8 años, mediana de 29 (DE = 7.6). El rango osciló de 17- 45 años, donde aquellas con edades de 21-29 años concentraron el 41.2% de la muestra. En cuanto a la escolaridad, el último grado de estudios referido por la mayoría de las madres fue la secundaria completa (52.9%). Predominaron las madres amas de casa sin remuneración económica (82.4%), con un in-

greso quincenal familiar menor al salario mínimo en México (87%). La distribución de la muestra dentro de las comunidades contempladas fluctuó entre el 20% al 35% (Tabla 1).

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de la madre.**

Condición	N	%
<b>Residencia</b>		
Guadalupe de los sauces	19	22.4
El Bajío	19	22.4
Saldaña	30	35.3
La Pendencia	17	20.0
<b>Edad de la madre</b>		
14 a 20 años	9	10.6
21 a 29 años	<b>35</b>	<b>41.2</b>
30 a 39 años	26	30.6
Mas de 40 años	15	17.6
<b>Último grado de estudios</b>		
Sin estudios	3	3.5
Primaria incompleta	3	3.5
Primaria completa	21	24.7
Secundaria completa	<b>45</b>	<b>52.9</b>
Bachillerato completo	11	12.9
Técnica o universitaria completa	2	2.4
<b>Ocupación</b>		
Sin empleo	4	4.7
Ama de casa no remunerado	<b>70</b>	<b>82.4</b>
Trabaja a tiempo parcial	3	3.5
Trabaja a tiempo completo	8	9.4
<b>Ingreso quincenal familiar</b>		
Menos de \$3 734.00	<b>74</b>	<b>87.1</b>
De \$4 368.00 a \$11 202.00	9	10.6
De \$14,935.00 a \$18 670.00	1	1.2
Más de \$22 404.00	1	1.2

Fuente: elaboración propia.

Las circunstancias del entorno de las madres de

los menores fueron que 78.8% contaba con vivienda propia, aunque con piso de cemento o firme en su mayoría (85.9%). De los servicios públicos, aun cuando la gran mayoría señaló contar con agua potable y luz eléctrica, el servicio de drenaje apenas rebasó el tercio de la muestra, recurriendo al uso de fosa séptica para el manejo de residuos fecales. Dentro de los servicios de paga, se preguntó por el uso de gas butano para la cocción de los alimentos, encontrándose por debajo de las dos terceras partes de los hogares. Mientras tanto, menos del 20% de los domicilios contaban con conectividad de internet fijo (tabla 2).

**Tabla 1. Características de la vivienda.**

Condición	N	%
<b>Vivienda</b>		
propia	67	78.8
rentada	4	4.7
prestada	14	16.5
<b>Servicios públicos/privados</b>		
Agua potable	75	88.2
Luz eléctrica	72	84.7
Drenaje	31	36.5
Gas	52	61.5
Internet fijo	15	17.6

Fuente: elaboración propia.

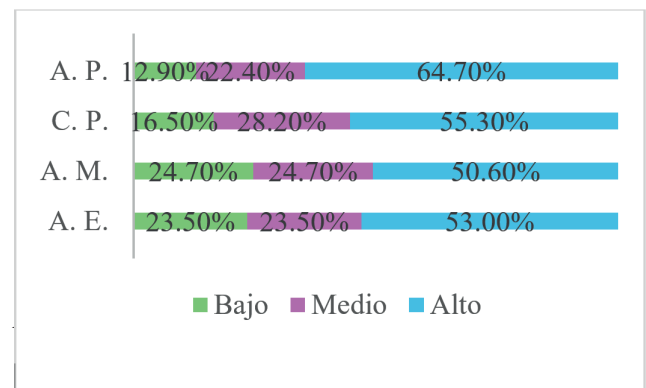
### Presencia de IRAs y hospitalización de menores de cinco años

Con relación a los diagnósticos con infección respiratoria aguda que recibieron los menores en el último año en que fue aplicada la encuesta, fue positivo en el 43.5% de los casos, en tanto la prevalencia de hospitalización en el mismo periodo de tiempo fue del 22.4%.

### Apoyo Social

Los resultados del cuestionario MOS (Medical Outcomes Study) de apoyo social percibido por las madres, indicaron que 55.3% de la muestra calificó en la categoría de alto, 36.5% moderado y 8.2% bajo. Por su parte, en el desglose de las dimensiones del apoyo social percibido, que son: a) apoyo material, b) apoyo emocional, c) compañía positiva o relaciones de ocio o de distracción, y d) apoyo positivo o afectivo. Se encontró en la mayoría de los casos la categoría de apoyo alto, destacando principalmente el apoyo positivo o afectivo con 64.7% y en menor medida, el apoyo material con 50.6% (Figura 1).

**Figura 1. Dimensiones del apoyo social percibido por las madres.**



Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, en la tabla 3 se muestra la relación de los resultados de las dimensiones de apoyo social con la prevalencia de la infección por IRAs en tanto en la tabla 4 con la hospitalización por el mismo motivo. Destacan los valores de p de chi cuadrada, con la identificación de una sola prueba estadísticamente significativa entre la hospitalización por IRAs con el apoyo material ( $p=0.043$ ). No así, para el resto de las determinaciones efectuadas.

**Tabla 2. Resultados del cuestionario MOS asociado a prevalencia de IRA.**

A		Apoyo emocional			X <sup>2</sup> A	Apoyo material			X <sup>2</sup>
		M	B			M	B		
I	Si	51.4	32.4	16.2	0.155	54.1	21.6	24.3	0.814
	No	54.2	16.7	29.2		47.9	27.1	25	
A		Compañía positiva			X <sup>2</sup> A	Apoyo afectivo			X <sup>2</sup>
		M	B			M	B		
I	Si	54.1	29.7	16.2	0.964	70.3	18.9	10.8	0.641
	No	56.3	27.1	16.7		60.4	25	14.6	

I: infección B: bajo M: moderado, A: alto.  
Fuente: elaboración propia.

**Tabla 4. Resultados del cuestionario MOS asociado a prevalencia de hospitalización por IRA.**

A		Apoyo emocional			X <sup>2</sup> A	Apoyo material			X <sup>2</sup>
		M	B			M	B		
H	Si	42.1	42.1	15.8	0.093	26.3	31.6	42.1	<b>0.043</b>
	No	56.1	18.2	25.8		57.6	22.7	19.7	
A		Compañía positiva			X <sup>2</sup> A	Apoyo afectivo			X <sup>2</sup>
		M	B			M	B		
H	Si	47.4	36.8	15.8	0.629	63.2	26.3	10.5	0.864
	No	57.6	25.8	16.7		65.2	21.2	13.6	

H: hospitalización B: bajo M: moderado, A: alto.  
Fuente: elaboración propia.

## Discusión

La presente investigación permitió identificar elementos del apoyo social que influyen en la presentación de infecciones respiratorias agudas (IRAs) en menores de cinco años en comunidades marginadas del municipio de Pinos, Zacatecas. El hallazgo de una prevalencia anual de 43.5% constituye un indicador preocupante, no sólo en términos epidemiológicos, sino como expresión de desigualdades estructurales persistentes en contextos rurales. La cifra es relativamente superior a la reportada en estudios similares en otras regiones de México, como el realizado en Yucatán en el primer trimestre del 2019, donde se documentó una prevalencia de 30.9% (Angulo et al., 2022). Asimismo, se ubica por encima de lo informado por la ENSANUT Continua 2022 (Ferreira-Guerrero et al., 2023), que estimó un 27.1% de IRAs en las dos semanas previas a la entrevista, con mayor afectación en comunidades rurales (33%) en comparación con urbanas (25.6%). Este contraste entre zonas de residencia marginada urbana y rural está marcada por condiciones de desigualdad social y territorial que condicionan la salud infantil, reforzando la hipótesis de mayor vulnerabilidad sanitaria con eventos potencialmente mas graves en zonas rurales.

En el perfil sociodemográfico de las madres participantes se observó que la mayoría se ubica entre 21 y 29 años, con predominante nivel educativo bajo (54.4% con secundaria completa) y sin ingresos propios (82.4% amas de casa no remuneradas). Estas características replican patrones descritos en poblaciones rurales de Colombia y Perú (Guerra-Ramírez et al., 2020; Theran y Xiomara, 2023), donde las mujeres jóvenes con escasa escolaridad y dependencia económica se enfrentan a una triple vulnerabilidad: la pobreza

material, la subordinación de género y la sobrecarga de cuidado infantil. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSS), estas condiciones no son accidentes individuales, sino expresiones de un entramado estructural que reproduce la desigualdad en la infancia rural.

En relación con el apoyo social percibido, la mayoría de las madres reportaron niveles altos o moderados (91.8%). Sin embargo, al desagregar el análisis por dimensión se identificó que el apoyo material fue limitado para un grupo significativo, y su ausencia mostró asociación estadísticamente significativa con hospitalización por IRAs (OR 3.47; IC95%: 1.20 -10.04;  $p=0.043$ ). Este hallazgo, aunque exploratorio, señala que el apoyo material no puede ser reducido a un recurso doméstico aislado, sino comprendido como un determinante intermedio que media entre las condiciones estructurales (pobreza, falta de servicios) y la salud infantil, como un posibilitador real para activar mecanismos de cuidado oportunos. Tal como plantea Berkman y Glass (Berkman y Glass, 2000), quienes señalan que el apoyo social actúa como modulador del estrés y facilitador del acceso a recursos, influyendo en la capacidad de respuesta temprana frente a la enfermedad. En este sentido, la ausencia de apoyo material intensifica la vulnerabilidad de las familias, al limitar su posibilidad de afrontar los episodios de IRA sin complicaciones graves.

Este resultado se inscribe en lo señalado por Marmot (Marmot, 2005) respecto al gradiente social de la salud: los grupos con menores recursos enfrentan no sólo más enfermedades, sino menor capacidad de respuesta y prevención. Desde la perspectiva latinoamericana de la medicina social, Breilh (Breilh, 2010) sostiene que la salud infantil en comunidades rurales debe analizarse

como resultado de procesos históricos de exclusión social, donde las condiciones materiales de vida como vivienda precaria, empleo informal, ausencia de seguridad social, se traducen en mayor morbilidad y riesgo de hospitalización. Así, la asociación entre bajo apoyo material y hospitalización por IRAs no es una simple correlación estadística, sino un reflejo de cómo las redes familiares y comunitarias se ven erosionadas por la precariedad estructural, obligando a las madres a enfrentar solas el cuidado infantil en condiciones adversas.

La discusión sobre el apoyo social también debe problematizar su naturaleza: en este estudio, la mayoría de las madres refirieron apoyo de tipo informal (familiares y vecinos), mientras que el apoyo institucional fue escaso. Esto contrasta con lo descrito por Bartolo Alva (Bartolo Alva, 2022) en Perú, donde el apoyo social organizado es mínimo y prevalece la dependencia de redes naturales. La situación en Pinos refuerza la noción de que el apoyo social percibido en comunidades rurales mexicanas está fragmentado, y que su ausencia en la dimensión material refleja la insuficiencia de políticas públicas para garantizar seguridad alimentaria, vivienda digna y acceso a servicios básicos. En términos de Suchman (Suchman, 1963), esta limitación se traduce en barreras para la activación de redes de apoyo durante la fase de interpretación de síntomas y la búsqueda de atención, perpetuando retrasos y complicaciones en la atención infantil.

La percepción materna del apoyo social adquiere un papel central en este análisis. Aunque el diseño de estudio no incluyó entrevistas cualitativas, las respuestas al instrumento de recolección permiten inferir como recae la responsabilidad del cuidado infantil en las madres, quienes dependen

de redes informales para afrontar los episodios de enfermedad, aunado a la limitada accesibilidad a unidades de atención, distancia a hospitales de referencia y escasos recursos humanos en salud, que reducen la capacidad de respuesta institucional y refuerzan la dependencia a redes familiares.

En síntesis, los hallazgos del presente estudio permiten ir más allá de la descripción epidemiológica y visibilizar el papel de las estructuras sociales en la producción de la enfermedad. La prevalencia elevada de IRAs y su asociación con bajo apoyo material no deben interpretarse como hechos aislados, sino como el resultado de determinaciones sociales más amplias: desigualdad económica, género, precariedad laboral y ausencia de políticas de protección social. El análisis de los DSS muestra que las redes de apoyo social (particularmente el apoyo material) constituyen un factor clave en la capacidad de las familias para enfrentar la enfermedad, pero que dichas redes están condicionadas y, en muchos casos, debilitadas por la exclusión estructural que caracteriza a los contextos rurales marginados.

### Conclusiones

Los resultados de esta investigación confirman que la salud infantil en comunidades rurales de Pinos, Zacatecas, está profundamente determinada por factores sociales y estructurales. La elevada prevalencia de IRAs y la asociación significativa entre bajo apoyo material y hospitalización sugieren que el apoyo social percibido debe ser considerado un determinante intermedio de la salud, que media entre las condiciones de pobreza y la capacidad de respuesta familiar ante la enfermedad, lo que permite reflexionar sobre las medidas de prevención en función de la disponibilidad

de redes, es decir, cuando existe una red de apoyo material y comunitario, las madres pueden identificar tempranamente signos de alarma, trasladar oportunamente y evitar agravamiento. En contraste, en ausencia de estas redes, los episodios respiratorios tienden a resolverse de forma tardía, incrementando hasta en 3 veces el riesgo de hospitalización.

Las características sociodemográficas de las madres (bajo nivel educativo, ausencia de ingresos propios y dependencia de actividades no remuneradas) constituyen un entorno de vulnerabilidad que limita tanto la prevención como la atención oportuna de las IRAs. Estos hallazgos reafirman que las intervenciones centradas exclusivamente en la dimensión biomédica resultan insuficientes, y que es necesario fortalecer el enfoque estructural de las políticas públicas, integrando componentes de apoyo social formal e institucional al cuidado infantil, en aras de recuperar el papel rector del estado como garante del derecho a la salud de los infantes.

En términos de políticas de salud, este estudio evidencia la urgencia de diseñar programas que fortalezcan las redes de apoyo material y comunitario, con énfasis en la alimentación, la vivienda, el transporte y la seguridad social, así como iniciativas que reconozcan y valoren el papel de las mujeres como principales cuidadoras en contextos rurales.

Invertir en programas de apoyo social no es sólo un complemento, sino una estrategia esencial para reducir la inequidad en salud infantil.

Finalmente, se reconocen limitaciones metodológicas relevantes: el diseño transversal no permite establecer causalidad, la muestra no probabilística

ca restringe la generalización y el diagnóstico de IRAs se basó en autorreferencia materna. Sin embargo, estos resultados ofrecen una aproximación contextual valiosa para comprender cómo los determinantes sociales configuran la salud infantil

en zonas rurales marginadas, y abren la puerta a futuras investigaciones que incorporen diseños longitudinales, validaciones clínicas y análisis multivariados para robustecer la evidencia.

## Referencias bibliográficas

- ANGULO, E. M. R., FRANCO, L. P. A., y RODRÍGUEZ, R. O. (2022). *Prácticas de madres durante emergencias en niños a nivel comunitario en Yucatán, Mexico*. [Revista Digital]. Academia Journals. <https://static1.squarespace.com/static/55564587e4b0d1d3fb1eda6b/t/62574f8baa4ab22e23b6de5b/1649889164041/CRIS142RodriguezAngulo+--+VM2022+8--16.pdf>
- BARTOLO ALVA, J. B. (2022). *Determinantes sociales de las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 3 años que acuden al centro de salud Yugoslavia \_ Nuevo Chimbote, 2020* [Universidad Católica de los Angeles de Chimbote]. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/29131>
- BERKMAN, L. F., y GLASS, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. En L. F. Berkman Ph. D. y I. Kawachi M. D. ,Ph. D. (Eds.), *Social Epidemiology* (1 edición, pp. 137–173). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007>
- BREILH, J. (2010). *Epidemiología: Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud* (7ma ed.). Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. <https://www.uasb.edu.ec/publicacion/epidemiologia-economia-politica-y-salud-bases-estructurales-de-la-determinacion-social-de-la-salud/>
- COHEN, S., y WILLS, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- CONEVAL. (2022). *Informe de pobreza y evaluación 2022. Zacatecas* (p. 7). CONEVAL. [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes\\_pobreza\\_evaluacion\\_2022/Zacatecas.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_pobreza_evaluacion_2022/Zacatecas.pdf)
- DEL CARPIO OVANDO, P. S., ROBLES ESTRADA, E., QUINTERO HERNÁNDEZ, Y., GALLEGOS, M., GAGO GALVAGNO, L. G., CAYCHO RODRÍGUEZ, T., VILCA, L. W., MARTINO, P., CERVIGNI, M., RAZUMOVSKIY, A., y PORTILLO, N. (2022). Validación mexicana del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido en contexto de pandemia por COVID-19. *Suma Psicológica*, 29(2), 100–109. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2022.v29.n2.2>
- ESPARZA PARADA, J. F., FLORES BOLAÑOS, E., ARIAS ULLOA, R., MORALES ÁLVAREZ, M., y HERNÁNDEZ ZAVALA, A. S. (2016). *Infecciones respiratorias agudas* (pp. 1–2) [Boletín Epidemiológico]. Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA). <https://www.issea.gob.mx/Docs/Boletines%20Epidemiologia/2016/B02%20-%20Infecciones%20Respiratorias%20Agudas.pdf>
- FERNANDEZ PEÑA, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia. Revista d'investigació i formació en Antropologia*, 3(2), 48–63. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.149>

- FERREYRA-GUERRERO, E., DELGADO-SÁNCHEZ, G., MONTGUA-RODRIGUEZ, N., MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, M., CANIZALES-QUINTERO, S., FERREYRA-REYES, L. D., TELLEZ - VÁZQUEZ, N. A., CRUZ - SALGADO, A., FERREYRA-REYES, L. D., y GARCÍA-GARCÍA, L. (2023). Porcentaje de infección respiratoria aguda en menores de cinco años en México. *Ensanut Continua 2022. Salud Pública de México*, 65, s34–s38. <https://doi.org/10.21149/14791>
- GUERRA-RAMÍREZ, M., ROJAS-TORRES, I. L., y RODRÍGUEZ-LÓPEZ, J. R. (2020). Las prácticas y conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en madres de niños menores de 5 años. *Identidad Bolivariana*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.37611/IB4oI220-34>
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (2010). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
- Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Camara de diputados del H. Congreso de la Unión (2024).
- MARMOT, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- RUDAN, I., BOSCHI-PINTO, C., BILOGLAV, Z., MULHOLLAND, K., y CAMPBELL, H. (2008). Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 408–416. <https://doi.org/10.2471/blt.07.048769>
- SUCHMAN, E. (1963). *Sociology and the Field of Public Health*. Russell Sage Foundation.
- THERAN, S., y XIOMARA, O. (2023). *Determinantes sociales de la enfermedad respiratoria aguda en los niños menores de 3 años que acuden al centro de salud Coishco\_Coishco, 2020* [Universidad Católica de los Angeles de Chimbote]. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/9359193>
- UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. (2001). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 82–84. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37962112>
- UNIVERSIDAD NAVARRA. (2007). “Código” de Nuremberg sobre ética de la investigación en seres humanos. *Material de Bioética. Unidad de Humanidades y Ética Médica* [Educativa]. Unidad de Humanidades y Ética Médica. <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg>
- WALKER, C. L. F., RUDAN, I., LIU, L., NAIR, H., THEODORATOU, E., BHUTTA, Z. A., O’BRIEN, K. L., CAMPBELL, H., y BLACK, R. E. (2013). Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *Lancet (London, England)*, 381(9875), 1405–1416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60222-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60222-6)

# Alteraciones del sueño en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud: un análisis cualitativo fenomenológico

William Prada Melo\* • Nicolle Ospina Cuellar\*\* • Sebastián Ríos Cervera\*\*\*  
Paula Fernanda Prieto Rubio\*\*\*\* • Cristian David Reina Lozada\*\*\*\*\*  
Maria José Mesias Viveros\*\*\*\*\* • Erick Jafet Delgado Rico\*\*\*\*\*  
Nicol Canizales Silva\*\*\*\*\*

## RESUMEN

El sueño es un proceso fundamental para el bienestar y la vida cotidiana; sin embargo, en los contextos formativos en ciencias de la salud adquiere una dimensión social compleja. Las jornadas académicas extensas, la exigencia institucional, la temporalidad acelerada y la cultura de rendimiento configuran condiciones que afectan la posibilidad real de descansar y sostener hábitos saludables. En este marco, el presente estudio tuvo como objetivo comprender, desde un enfoque cualitativo fenomenológico hermenéutico, las experiencias de estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad del Tolima frente a las alteraciones del sueño, situando sus vivencias en las dinámicas estructurales y académicas que las producen. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y un análisis mediante codificación abierta, axial y selectiva. Los hallazgos muestran que las alteraciones del sueño no son solo un asunto individual, sino un fenómeno socialmente normalizado en la vida universitaria, sostenido por prácticas institucionales que demandan productividad constante, disponibilidad ampliada y adaptación a ritmos que desbordan la capacidad biológica del descanso. Los estudiantes desarrollan estrategias de afrontamiento que oscilan entre prácticas adaptativas, como el ejercicio físico, y prácticas de riesgo, como el consumo elevado de cafeína y energizantes, en un intento por responder a dichas exigencias. Estos resultados evidencian que las alteraciones del sueño constituyen un problema de salud y de formación, al articular malestar

\*Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [williampradam@gmail.com](mailto:williampradam@gmail.com)

\*\* Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [nicolleospina2014@gmail.com](mailto:nicolleos pina2014@gmail.com)

\*\*\* Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [sriosc@ut.edu.co](mailto:sriosc@ut.edu.co)

\*\*\*\* Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [paulaprieto1208@gmail.com](mailto:paulaprieto1208@gmail.com)

\*\*\*\*\* Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [cdreinal@ut.edu.co](mailto:cdreinal@ut.edu.co)

\*\*\*\*\* Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [mjmesiasv@ut.edu.co](mailto:mjmesiasv@ut.edu.co)

\*\*\*\*\* Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [ejdelgador@ut.edu.co](mailto:ejdelgador@ut.edu.co)

\*\*\*\*\* Estudiante de Enfermería en la Universidad del Tolima. Correo electrónico: [nvcanizales@ut.edu.co](mailto:nvcanizales@ut.edu.co)

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 06 de enero de 2026.

físico y emocional con desigualdades estructurales y presiones académicas que afectan el bienestar y el rendimiento. Se resalta la necesidad de que las instituciones reconozcan la centralidad del sueño en la formación profesional y desarrollen políticas de promoción de la salud que favorezcan el autocuidado, la gestión del tiempo y la transformación de las dinámicas institucionales que perpetúan la privación de sueño.

**PALABRAS CLAVE:** sueño, estudiantes de ciencias de la salud, fenomenología, vida universitaria, condiciones institucionales, salud colectiva.

### **Sleep disturbances in students of the Faculty of Health Sciences: a qualitative phenomenological analysis**

#### **ABSTRACT**

Sleep is a fundamental process for physical, cognitive, and emotional well-being; however, within health sciences education it acquires a complex social dimension. Extended academic schedules, institutional demands, accelerated temporalities, and a performance-oriented culture shape conditions that restrict students' real possibilities for rest and healthy sleep habits. In this context, the objective of the present study was to understand, from a phenomenological–hermeneutic qualitative approach, the experiences of Medical and Nursing students at the University of Tolima regarding sleep disturbances, situating their accounts within the structural and academic dynamics that produce them. Semi-structured interviews were conducted, and the analysis followed an open, axial, and selective coding process. The findings show that sleep disturbances are not merely an individual issue but a socially normalized phenomenon within university life, sustained by institutional practices that demand constant productivity, extended availability, and adaptation to rhythms that surpass the biological capacity for rest. Students engage in various coping strategies, ranging from adaptive practices such as physical exercise to risky behaviors, including high caffeine consumption, in an attempt to meet these demands. These results reveal that sleep disturbances constitute both a health and educational problem, articulating physical and emotional discomfort with structural inequalities and academic pressures that undermine well-being and performance. The study underscores the need for institutions to recognize the centrality of sleep within professional training and to develop health promotion policies that foster self-care, time management, and the transformation of institutional dynamics that perpetuate sleep deprivation.

**KEYWORDS:** sleep, health sciences students, phenomenology, university life, institutional conditions, collective health.

## Introducción

El sueño es un proceso fisiológico esencial para la restauración del equilibrio físico, mental y emocional. Dormir adecuadamente favorece la consolidación de la memoria, la regulación afectiva, la concentración y el rendimiento académico, además de cumplir funciones reparadoras sobre los sistemas inmunológico, endocrino y neurológico (Fabres y Moya, 2021). No obstante, en la vida universitaria —y particularmente en los programas de ciencias de la salud— este proceso suele verse comprometido por la alta carga académica, las prácticas clínicas, los tiempos institucionales acelerados y las dinámicas sociales que moldean hábitos de descanso irregulares o insuficientes (Minero, 2025).

La literatura internacional ha documentado que la privación y la mala calidad del sueño se asocian con síntomas de depresión, ansiedad y estrés, así como con un deterioro significativo del rendimiento académico (Durmer y Dinges, 2005; Silva Saltos et al., 2023). Estudios recientes en estudiantes latinoamericanos de enfermería también muestran alta prevalencia de mala calidad del sueño y somnolencia diurna, evidenciando patrones similares (Miniguano Miniguano y Fiallos Mayorga, 2022). Investigaciones adicionales, particularmente en mujeres del área de la salud, reportan alteraciones significativas en las horas de descanso, dificultades para conciliar el sueño y fatiga persistente, lo que confirma la vulnerabilidad del sector estudiantil en contextos académicos demandantes (Álvarez-Aguirre et al., 2021).

Investigaciones en Colombia corroboran esta tendencia: más de la mitad de los estudiantes de ciencias de la salud presentan problemas de sueño, caracterizados por una disminución en la calidad del descanso, somnolencia diurna y alteracio-

nes en los ritmos de sueño–vigilia (Zúñiga Vera et al., 2021; Sánchez Oviedo et al., 2021; Rodríguez Montoya et al., 2023). Estos hallazgos evidencian un problema de salud pública con implicaciones biopsicosociales, donde convergen factores individuales, institucionales, relacionales y culturales.

En el contexto de los sistemas educativos en salud, las alteraciones del sueño no solo responden a condiciones personales, sino también a dinámicas institucionales que demandan productividad constante, adaptación a jornadas extensas, disponibilidad ampliada y cumplimiento de prácticas clínicas que frecuentemente se realizan en horarios nocturnos o rotativos. Tales exigencias inciden en la salud y la vida cotidiana de los estudiantes y contribuyen a la normalización del cansancio y la privación del sueño como parte de la formación profesional. Esta dimensión social y estructural del dormir continúa siendo poco explorada, especialmente desde enfoques cualitativos.

Si bien estudios desde el autocuidado y los estilos de vida sugieren que la higiene del sueño se relaciona con prácticas de resiliencia y hábitos saludables (Durán Lizárraga et al., 2023), persiste una brecha importante en torno a la comprensión profunda de cómo los estudiantes significan y experimentan sus alteraciones del sueño en el marco de estas exigencias académicas e institucionales. En este escenario, un abordaje cualitativo fenomenológico hermenéutico resulta particularmente pertinente, ya que permite explorar la experiencia vivida desde la perspectiva de los propios estudiantes, atendiendo a las dimensiones emocionales, corporales, temporales y sociales que configuran sus relatos.

En este sentido, el objetivo de este estudio fue comprender las experiencias de estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad del

Tolima frente a las alteraciones del sueño, situando sus vivencias en las dinámicas académicas, institucionales y socioculturales que atraviesan su formación y su vida cotidiana.

## **Metodología**

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de orientación fenomenológico-hermenéutica, que permite comprender la experiencia vivida y los significados que los estudiantes atribuyen a las alteraciones del sueño en su vida académica y cotidiana (Van Manen, 2023). Este enfoque resulta pertinente para explorar fenómenos subjetivos que se configuran en la intersección entre lo corporal, lo emocional, lo temporal y lo institucional.

### ***Diseño y selección de participantes***

El muestreo fue intencional, siguiendo los planteamientos de Hernández Sampieri, en los estudios cualitativos el muestreo se orienta por criterios intencionales, pues se busca seleccionar participantes que aporten diversidad y profundidad al fenómeno analizado. En coherencia con ello, el muestreo fue intencional y buscó la heterogeneidad de experiencias vinculadas a la carga académica y las dinámicas formativas en ciencias de la salud (Hernández Sampieri et al., 2014). Se incluyeron 30 estudiantes de medicina y enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima. El criterio principal de selección fue la exposición a periodos con altas exigencias académicas según la estructura curricular de cada programa.

En enfermería, se priorizaron estudiantes de cuarto semestre —con tres asignaturas de línea y actividades en jornadas mañana y tarde— y de noveno semestre, caracterizado por prácticas clínicas intensivas que en algunos casos se extendían a

horarios nocturnos. En medicina, se seleccionaron estudiantes de quinto semestre, momento en el que se incorporan rotaciones clínicas y actividades asistenciales que incrementan significativamente la demanda horaria y física. Durante el trabajo de campo, y a partir de la reflexividad y el diálogo con los participantes, se ampliaron los semestres incluidos para incorporar estudiantes que, aunque no se encontraban en los periodos inicialmente identificados, reportaban cargas académicas equivalentes o experiencias significativas de alteración del sueño.

Se excluyeron estudiantes con diagnóstico previo de trastornos del sueño o en tratamiento farmacológico, para evitar que estas condiciones actuaran como variables subjetivas en la interpretación fenomenológica. La selección de participantes continuó hasta alcanzar la saturación teórica, entendida como el punto en el que las entrevistas dejaron de aportar nuevos elementos interpretativos relevantes (Strauss y Corbin, 2002).

### ***Instrumento y proceso de entrevistas***

Se realizaron entrevistas semiestructuradas de 15 a 20 minutos, grabadas en audio con consentimiento informado y transcritas de manera literal. El guion de entrevista fue construido a partir del objetivo del estudio y del marco teórico sobre sueño, vida universitaria y procesos de formación en salud. Se estructuró en tres ejes principales:

#### **1. Hábitos y condiciones del sueño:**

Ejemplos de preguntas:

- *¿Cómo describirías tus horarios y rutinas de sueño durante el semestre?*
- *¿Qué factores facilitan o dificultan tu descanso?*

#### **2. Impacto del sueño en la vida académica y personal:**

Ejemplos de preguntas:

- *¿Qué cambios observas en tu estado de ánimo, concentración o rendimiento cuando duermes poco?*
- *¿Cómo influye el sueño en tus actividades académicas, prácticas y relaciones?*

### 3. Estrategias de afrontamiento y percepciones institucionales:

Ejemplos de preguntas:

- *¿Qué haces para manejar la falta de sueño o el cansancio?*
- *¿Consideras que la universidad influye de alguna manera en tus hábitos de sueño?*

El guion fue validado por dos pares académicos con formación de maestría en área de la salud, quienes evaluaron coherencia, claridad y pertinencia. Siguiendo los principios de reflexividad del enfoque fenomenológico, durante el trabajo de campo se realizaron ajustes menores al orden y formulación de algunas preguntas, con el fin de facilitar la narración espontánea y situacional de las experiencias.

#### *Análisis de la información*

El análisis se desarrolló de manera artesanal, respetando la profundidad interpretativa propia de la fenomenología hermenéutica. El equipo investigador transcribió, revisó y codificó manualmente el material, favoreciendo la cercanía con los relatos y la comprensión contextual de los sentidos emergentes. Esta aproximación coincide con lo propuesto por autores contemporáneos, quienes señalan que la codificación manual y el trabajo interpretativo cercano al texto fortalecen la sensibilidad analítica y la coherencia fenomenológica del estudio (Saldaña, 2021; Gallagher y Zahavi, 2020).

El proceso siguió tres momentos analíticos:

- *Codificación abierta*, orientada a identificar unidades de significado y describir fragmentos relevantes de las experiencias.
- *Codificación axial*, que permitió agrupar patrones, establecer relaciones y conectar significados entre categorías preliminares.
- *Codificación selectiva*, dirigida a la integración e interpretación final de las categorías centrales, articulando las experiencias individuales con las dinámicas institucionales y formativas.

Esta secuencia dialoga con enfoques actuales de codificación cualitativa que enfatizan la naturaleza iterativa, reflexiva y relacional del análisis (Charmaz, 2014; Saldaña, 2021).

De este proceso emergieron seis categorías analíticas que ayudaron a organizar los hallazgos, estructurar los sentidos otorgados por los participantes y presentar dichas experiencias con criterios de valor, interpretación y sustento administrativo en la academia.

#### *Criterios de rigor*

Para garantizar la rigurosidad metodológica se aplicaron estrategias de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. De acuerdo con criterios actuales de evaluación en investigación cualitativa, estas dimensiones permiten asegurar coherencia interna, transparencia analítica y solidez interpretativa del estudio (Nowell et al., 2017; Lincoln y Guba, 1985).

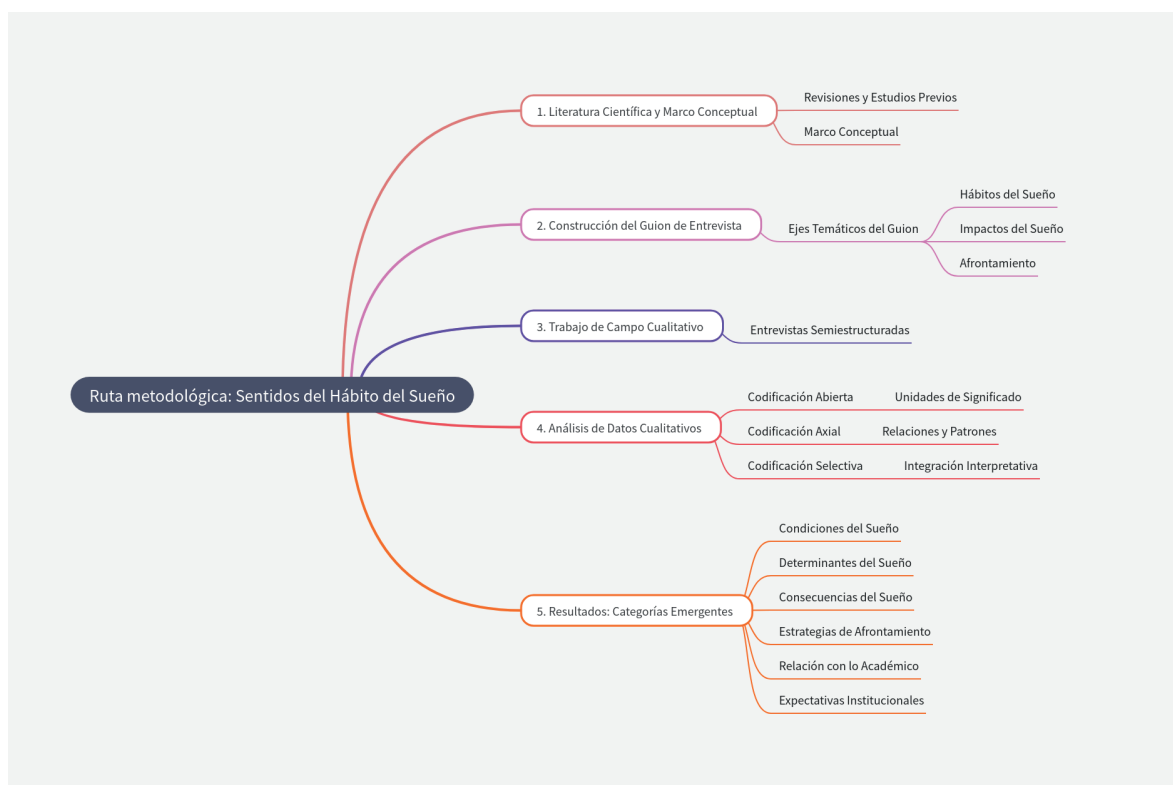
La credibilidad se reforzó mediante triangulación entre investigadores y contraste con litera-

tura científica reciente. La dependencia se aseguró mediante un registro detallado de decisiones analíticas y reflexivas, manteniendo trazabilidad del proceso interpretativo. La confirmabilidad se apoyó en discusiones de pares y en la revisión sistemática de las interpretaciones, mientras que la transferibilidad se promovió a través de descripciones densas del contexto académico y social de los participantes, siguiendo las recomendaciones contemporáneas para garantizar la aplicabilidad en otros escenarios (Nowell et al., 2017; Tracy, 2010).

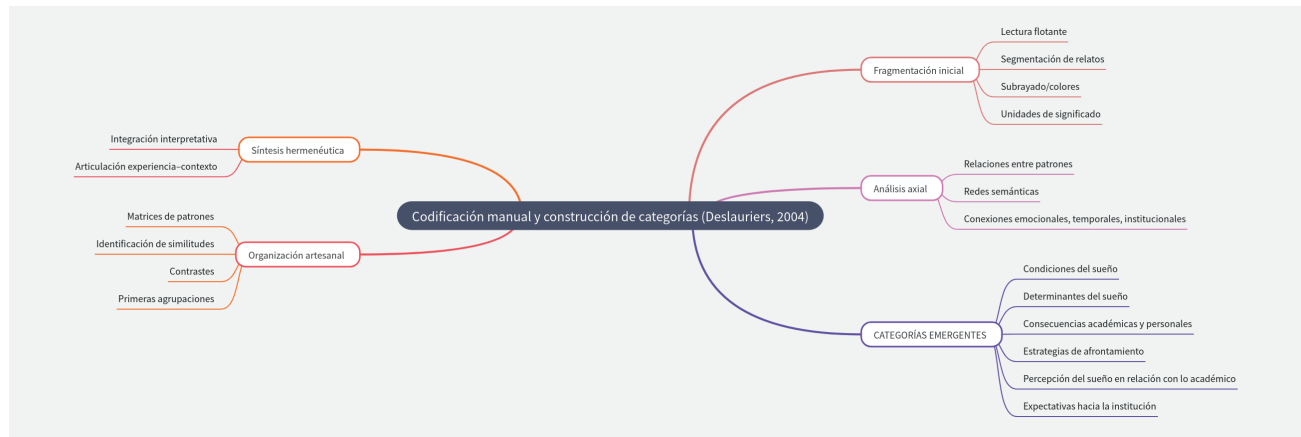
## Resultados

Del análisis de las entrevistas emergieron seis categorías centrales: condiciones del sueño, determinantes, consecuencias académicas y personales, estrategias de afrontamiento, percepción del sueño en relación con lo académico y expectativas hacia la institución. Estas categorías reflejan coincidencias en las experiencias de los estudiantes, configurando una comprensión colectiva del fenómeno.

**Figura 1. Ruta Metodológica, Sentidos otorgados al hábito del sueño.**



Nota. La figura muestra la ruta metodológica trazada, su coherencia entre objetivo, instrumento y desarrollo del trabajo de campo.  
Fuente: Elaboración propia.

**Figura 2. Categorías emergentes del análisis de entrevistas sobre alteraciones del sueño**

Nota. La figura muestra el desarrollo artesanal de la codificación efectuada en el proceso investigativo y la relación que permite establecer las categorías emergentes. Fuente: Elaboración propia.

## 1. Condiciones del sueño

Los estudiantes describieron rutinas de descanso inestables, caracterizadas por periodos de entre tres y cinco horas de sueño. Si bien algunos lograban compensar con siestas ocasionales, la mayoría reconoció no contar con un patrón de descanso regular. Es necesario mencionar que, de los 30 participantes entrevistados, todos aportaron un código mínimo en vivo a esta categoría emergente, pues en la descripción de sus experiencias todos mencionaban un calificativo “negativo” para explicar el patrón de sueño y sus condiciones desde horas dedicadas al sueño, como el lugar utilizado para ello (pasillos, pupitres, bancas o el suelo).

*“Mala, o sea, la verdad no sé, es que hay días en los que puedo dormir de manera decente y hay otros días en los que no, entonces no es que tenga una rutina establecida porque no hay cómo” (P2MFCS)<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P2MFCS: Reducción

*“Yo duermo muy poquito, máximo cuatro horas. Entre clases, trabajos y las prácticas no hay tiempo, siempre me acuesto tarde y me levanto temprano. No contento con eso solo puedo trabajar en vacaciones y trato de vender dulces durante el semestre” (P7EFCS)<sup>2</sup>.*

*“En semanas normales alcanzo a dormir cinco horas, pero en parciales casi no duermo nada, vivo estresado porque el dinero no me alcanza, no puedo ayudarme porque estoy ocupado y nadie parece importarle” (P10MFCS)<sup>3</sup>*

La literatura confirma que en la edad adulta se recomienda un rango de 7 a 9 horas de sueño para mantener un adecuado equilibrio físico y mental (Zúñiga Vera et al., 2021). La discrepancia entre

Participante dos (2) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud. De manera consecutiva, las siguientes menciones son fragmentos tomados de las entrevistas.

<sup>2</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P7EFCS: Reducción Participante siete (7) Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud.

<sup>3</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P10MFCS: Reducción Participante diez (10) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud.

estas recomendaciones y las prácticas estudiantiles evidencia un patrón de higiene del sueño deteriorado, con efectos en la salud y el rendimiento académico (Fabres y Moya, 2021). Es importante resaltar las condiciones económicas que algunos participantes describen, donde el desinterés del cuerpo administrativo (docentes, administrativos, etc) se observa como falta de empatía hacia los estudiantes.

## 2. Determinantes del sueño

La sobrecarga académica y los horarios de las prácticas clínicas fueron señalados como los principales factores que alteran los patrones de sueño. El uso intensivo de dispositivos electrónicos en horas de la noche también emergió como un determinante relevante.

*“Pues de las prácticas, principalmente son por la mañana, entonces toca despertarse bastante temprano... También hay algunas prácticas que son turno noche, entonces uno se la pasa medio desvelada... Yo quisiera que la Universidad pensara en espacios para el descanso de los estudiantes, uno muchas veces duerme en el suelo” (P4MFCS)<sup>4</sup>.*

*“Uno llega cansado de la clínica, pero igual toca hacer trabajos hasta la madrugada, entonces nunca se duerme bien... no le digo al profesor porque la respuesta de este muchas veces es que a todos les toco así o que eso no es una excusa” (P8EFCS)<sup>5</sup>.*

4 Reducción temática a fragmentos de entrevista. P4MFCS: Reducción Participante cuatro (4) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud. De manera consecutiva, las siguientes menciones son fragmentos tomados de las entrevistas.

5 Reducción temática a fragmentos de entrevista. P8EFCS: Reducción Participante ocho (8) Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud.

*“Yo me acuesto con el celular y me quedo scrolleando, cuando veo ya son las dos de la mañana y no he dormido nada, me siento mal por hacerlo, pero en todo el día no me queda tiempo de tener ese ocio” (P3EFCS)<sup>6</sup>.*

Sánchez-Oviedo et al. (2021) advierten que en los universitarios de ciencias de la salud las exigencias académicas, las prácticas hospitalarias y la exposición tecnológica generan cambios en los ritmos circadianos que impactan directamente el descanso. Estudios latinoamericanos refuerzan que la cultura académica prioriza la productividad sobre la recuperación fisiológica (Silva Saltos et al., 2023).

## 3. Consecuencias académicas y personales

Los estudiantes mencionaron consecuencias en el ámbito académico, físico y emocional. Entre las más destacadas se encontraron el cansancio, la irritabilidad, las fallas de concentración y la disminución del rendimiento en evaluaciones.

*“En los exámenes finales yo me trasnoché... me acosté a las cinco de la mañana y puse la alarma en la calculadora. Nunca sonó y entré tarde, medio dormido y no me acordaba de nada de lo que había estudiado, ese día me sentía tan bruto y ni modo de decirlo pues me gano un regaño” (P5MFCS)<sup>7</sup>.*

*“Me siento irritable, cualquier cosa me molesta, y sé que es porque no estoy durmiendo lo suficiente, me desquito con mi familia, con mi*

6 Reducción temática a fragmentos de entrevista. P3EFCS: Reducción Participante tres (3) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud.

7 Reducción temática a fragmentos de entrevista. P5MFCS: Reducción Participante cinco (5) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud. De manera consecutiva, las siguientes menciones son fragmentos tomados de las entrevistas.

*pareja y a veces con mis amigos, esta carrera está acabando mi vida social” (P6EFCS)<sup>8</sup>.*

*“Uno se cansa tanto que en las rotaciones se queda dormido de pie o no logra concentrarse con los pacientes, recuerdo que una compañera que había dormido como dos horas al otro día cuando teníamos rotación en medicamentos se chuzo con una aguja de enoxaparina que ya había usado en la paciente de lo dormida que estaba, eso fue un show y ARL” (P9EFCS)<sup>9</sup>.*

Rodríguez Montoya et al. (2023) encontraron que la privación de sueño en estudiantes de pregrado se traduce en agotamiento físico y emocional, además de fallas cognitivas que comprometen el aprendizaje. De forma similar, estudios internacionales asocian el déficit de sueño con el aumento de la ansiedad, la depresión y la vulnerabilidad al estrés académico (Durmer y Dinges, 2005). El miedo, el cansancio y la ansiedad que el cuerpo estudiantil refleja en estas entrevistas permite vivenciar lo que la teoría señala, aunque la literatura es clara frente a los errores por cansancio, pareciera que la relación jerárquica en la academia ha normalizado el no descansar con estudiar carreras profesionales del área de la salud.

#### 4. Estrategias de afrontamiento

Los entrevistados refirieron un abanico de prácticas para sobrellevar la falta de sueño. Algunas fueron saludables, como el ejercicio físico y las siestas breves, mientras que otras incluyeron el consumo de café, bebidas energizantes o el uso del celular como distractor.

<sup>8</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P6EFCS: Reducción Participante seis (6) Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud.

<sup>9</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P9EFCS: Reducción Participante nueve (9) Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud.

*“Suelo ir cuando he dormido poco al gimnasio, cosa que hace que descargue endorfinas y pueda descansar mejor” (P1MFCS)<sup>10</sup>.*

*“En épocas de parciales tomo mucho café para poder estudiar hasta tarde, aunque después me cuesta quedarme dormido, ni hablar de cuando combino gaseosa, café y energizantes” (P6EFCS)<sup>11</sup>.*

*“Cuando siento que no puedo más, me duermo 20 minutos en cualquier parte, así logro rendir un poco más, sé que está mal y mi cuerpo lo expresa con taquicardia, temblores en manos y piernas, pero que puedo decirte ¿conoces otra forma? ¿Qué excusa le doy al profe? Si te das cuenta uno sabe que está mal pero no hay de otra” (P9MFCS)<sup>12</sup>.*

Estas conductas coinciden con lo documentado por Berru Chinchay y Tamara Ortiz (2022), quienes señalan que los estudiantes oscilan entre estrategias adaptativas (ejercicio, siestas) y paliativas (café, energizantes). Durán Lizárraga et al. (2023), remarcan que la resiliencia estudiantil se fortalece cuando existen apoyos institucionales que promueven estilos de vida saludables y es la visibilidad administrativa la que permite encontrar estrategias.

<sup>10</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P1MFCS: Reducción Participante uno (1) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud.

<sup>11</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P6EFCS: Reducción Participante seis (6) Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud.

<sup>12</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P9MFCS: Reducción Participante nueve (9) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud. De manera consecutiva, las siguientes menciones son fragmentos tomados de las entrevistas.

## 5. Percepción del sueño en relación con lo académico

Los estudiantes reconocieron la importancia del sueño, pero expresaron que lo sacrifican con frecuencia en favor de las exigencias académicas. Esta ambivalencia refleja la internalización de un discurso de productividad que prevalece sobre el autocuidado.

*“Para mí el sueño es lo más importante, pero toca dejarlo a un lado para cumplir académicamente, yo me mentalizo que para dormir bien si o si toca en vacaciones o en materias semestres más suaves” (P11EFCS)<sup>13</sup>.*

*“Es un sacrificio que todos hacemos, sabemos que necesitamos dormir, pero si no se estudia no se pasa... son prácticas que han pasado de generación en generación en la salud, ni que estuvieras en Europa donde de verdad miden los tiempos y aseguran que un profesional duerma, estamos en el tercer mundo aquí dejas un trabajo y sales a otro, prácticamente nos estamos preparando para la vida” (P7MFCS)<sup>14</sup>.*

Silva Saltos et al. (2023) evidencian que en estudiantes universitarios de América Latina los problemas de sueño están directamente relacionados con la presión académica y la carga de turnos clínicos. La percepción de que el sacrificio del descanso es necesario se convierte en una práctica normalizada en la cultura universitaria.

<sup>13</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P11EFCS: Reducción Participante cuatro (11) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud.

<sup>14</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P7MFCS: Reducción Participante siete (7) Medicina Facultad de Ciencias de la Salud.

## 6. Expectativas hacia la institución

Los participantes expresaron de manera reiterada que la universidad debería implementar programas de apoyo que promuevan la higiene del sueño. Entre las propuestas mencionaron la creación de zonas de descanso en el campus, la realización de talleres educativos y campañas sobre el uso responsable de dispositivos electrónicos.

*“Sería conveniente que se trabajara promoviendo programas educativos en la universidad... además de campañas sobre el uso responsable del celular antes de dormir... sería de igual forma muy bueno una sensibilización para los profes ya que nos piden hablar de la importancia del sueño, pero les importa muy poco nuestro descanso o nuestros problemas” (P8EFCS)<sup>15</sup>.*

*“Si hubiera un espacio donde descansar entre clases sería muy útil, porque a veces no hay tiempo ni de recostarse un rato, uno va a esas universidades privadas y todas tiene zonas de descanso, zonas de relajación y funcionan” (P12EFCS)<sup>16</sup>.*

Estas demandas reflejan la necesidad de un abordaje institucional de la salud del sueño como parte integral del bienestar estudiantil. En la literatura, Almodóvar Fuentes et al. (2023) destacan la importancia de las intervenciones educativas para favorecer hábitos de descanso saludables, mientras que Durán Lizárraga et al. (2023) insisten en que las universidades deben generar entornos de resiliencia frente al impacto de la sobrecarga académica.

<sup>15</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P8EFCS: Reducción Participante ocho (8) Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud.

<sup>16</sup> Reducción temática a fragmentos de entrevista. P12EFCS: Reducción Participante doce (12) Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud. De manera consecutiva, las siguientes menciones son fragmentos tomados de las entrevistas.

**Tabla 1. De los códigos en vivo a las categorías emergentes.**

Categoría emergente	Número de códigos en vivo asociados
Condiciones del sueño	94
Determinantes del sueño	88
Consecuencias académicas y personales	103
Estrategias de afrontamiento	76
Percepción del sueño en relación con lo académico	69
Expectativas hacia la institución	54

*Nota.* Los números corresponden a la cantidad de códigos en vivo identificados durante la codificación abierta. Posteriormente fueron agrupados y refinados mediante codificación axial y selectiva, dando lugar a las categorías emergentes presentadas. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el estudio.

## Discusión

Los hallazgos muestran que las alteraciones del sueño en estudiantes de ciencias de la salud configuran un fenómeno complejo, determinado por factores académicos, sociales y tecnológicos. Las rutinas irregulares y la privación de sueño coinciden con lo reportado en estudios internacionales (Fabres y Moya, 2021; Zúñiga Vera et al., 2021) y nacionales (Sánchez Oviedo et al., 2021; Rodríguez Montoya et al., 2023). El enfoque fenomenológico permitió comprender cómo los estudiantes interpretan estas tensiones, priorizando la productividad académica sobre el autocuidado (Silva Saltos et al., 2023). Asimismo, las estrategias de afrontamiento revelan la coexistencia de prácticas saludables y de riesgo (Berru Chinchay y Tamara Ortiz, 2022). Finalmente, los estudiantes expresaron expectativas hacia la institución, en consonancia con lo planteado por Durán Lizárraga et al. (2023), lo que refuerza la necesidad de programas de promoción de la salud universitaria, sensibilización del problema y análisis de variables socioeconómicas en los estudiantes.

Este estudio aporta una comprensión cualitativa poco documentada en la literatura latinoamericana: los estudiantes no solo describen las consecuencias del déficit de sueño, sino que también formulan propuestas concretas hacia la institución. La creación de salas de descanso con sofás confortables y espacios de meditación, así como la implementación de talleres de higiene del sueño dirigidos por los servicios de salud universitarios (prestadoras), emergen como alternativas viables y sostenibles.

A diferencia de lo reportado en investigaciones previas, que se enfocan en cambios individuales de estilo de vida, los hallazgos de este estudio revelan una expectativa colectiva de corresponsabilidad institucional en el cuidado del sueño. Este aporte resulta particularmente relevante para universidades públicas de América Latina, donde las dinámicas académicas intensas y los recursos limitados exigen intervenciones innovadoras, costo-efectivas y culturalmente pertinentes.

### ***Limitaciones***

Este estudio reconoce varias limitaciones inherentes a su diseño cualitativo. La muestra intencional, centrada en estudiantes de una sola institución y dos carreras profesionales, acota la transferibilidad de los hallazgos; sin embargo, permitió profundizar en un contexto formativo particular desde la perspectiva de sus participantes.

La duración breve de algunas entrevistas pudo limitar la amplitud de ciertos relatos, aunque todas aportaron información sustantiva para la comprensión del fenómeno. Asimismo, es posible la presencia de deseabilidad social dada la relación de los participantes con el entorno académico, aspecto que se mitigó mediante un ambiente de confianza y asegurando la confidencialidad.

La decisión de excluir a estudiantes con trastornos del sueño diagnosticados focalizó el análisis, pero redujo la diversidad de experiencias potenciales. Finalmente, la codificación manual, propia del enfoque fenomenológico hermenéutico, implicó una interpretación estrechamente ligada al juicio del equipo investigador, lo cual se abordó mediante triangulación analítica y discusiones de pares para fortalecer la coherencia interna del análisis.

### **Conclusiones**

Los estudiantes de ciencias de la salud presentan rutinas de sueño irregulares que impactan su rendimiento académico, salud emocional y bienestar general. Aunque reconocen la importancia del descanso, priorizan las demandas académicas, lo que normaliza la privación de sueño como práctica universitaria.

Una contribución central de este estudio es visibilizar las expectativas hacia la institución: la creación de espacios de descanso inter clases con mobiliario cómodo y áreas de relajación, así como el desarrollo de talleres de higiene del sueño a cargo de la prestadora de servicios de salud universitaria.

De igual forma sensibilizar y humanizar a los docentes frente al fenómeno contribuye a visibilizar el problema y romper el ciclo de repetición. Estas propuestas, de bajo costo y alto alcance, no solo beneficiarían a estudiantes de la facultad de salud, sino a la comunidad universitaria en su conjunto.

Se recomienda que las universidades integren la salud del sueño en sus programas de bienestar y que futuras investigaciones cualitativas y mixtas profundicen en el impacto de estas intervenciones sobre la resiliencia estudiantil y el desempeño académico.

## Referencias bibliográficas

- ALMODÓVAR FUENTES, S.; CASTELLANOS OTERO, E.; NÚÑEZ LARA, E.; ARIAS, Á. y TEJERA-MUÑOZ, A. (2023). “Estudio transversal sobre hábitos de sueño y nuevas tecnologías en estudiantes de ciclos formativos”. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 97, Núm. 3. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10540895/>
- ÁLVAREZ-AGUIRRE, A.; BLANCARTE-FUENTES, E. y TOLENTINO-FERREL, M. (2021). “Sueño y descanso en mujeres estudiantes del área de la salud”. *SANUS Revista de Enfermería*. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/193>
- BERRU CHINCHAY, K. y TAMARA ORTIZ, A. (2022). *Calidad del sueño en estudiantes de enfermería de la Universidad Científica del Sur*. Lima: Universidad Científica del Sur. Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/2501>
- CHARMAZ, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). London: SAGE.
- CORBIN, J. y STRAUSS, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- DURÁN LIZÁRRAGA, M.; ROSALES FLORES, R.; LÓPEZ ORTIZ, C. y LÓPEZ GARCÍA, Y. (2023). “Higiene del sueño y estilos de vida: un estudio sobre la resiliencia de los y las estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México durante la pandemia por COVID-19 en 2021”. *Salud Problema*, vol. 28, Núm. 13. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/727/720>
- DURMER, J. y DINGES, D. (2005). “Neurocognitive consequences of sleep deprivation”. *Seminars in Neurology*, vol. 25, Núm. 1: 117–129.
- FABRES, L. y MOYA, P. (2021). “Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida”. *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 32, Núm. 5: 527–534.
- GALLAGHER, S. y ZAHAVI, D. (2020). *The phenomenological mind* (3rd ed.). New York: Routledge.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA LUCIO, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). México: McGraw-Hill.
- LINCOLN, Y. y GUBA, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks: SAGE.
- MINERO GARCÍA, E. (2025). “Vida mental: una propuesta para el estudio de la mente en su relación con el trabajo”. *Salud Problema*, vol. 29, Núm. 14. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/774/765>
- MINIGUANO MINIGUANO, D. y FIALLOS MAYORGA, T. (2022). “Calidad de sueño y somnolencia en estudiantes universitarios de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato”. *Salud, Ciencia y Tecnología*, vol. 2, Núm. 80.
- NOWELL, L.; NORRIS, J.; WHITE, D. y MOULES, N. (2017). “Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria”. *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 16: 1–13.
- RODRÍGUEZ MONTOYA, C.; IBARGUEN ROBLEDO, L. y QUICENO MUÑOZ, M. (2023). *Hábitos de sueño en estudiantes de pregrado de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Medellín–Envigado*. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/48431>
- SALDAÑA, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4th ed.). London: SAGE.
- SÁNCHEZ OVIEDO, S.; SOLARTE RODRÍGUEZ,

- W.; CORREA CARLOSAMA, S.; IMBACHÍ QUINAYÁS, D.; ANAYA RAMÍREZ, M.; MERA MAMIÁN, A.; PAZ PEÑA, C. y ZÚÑIGA PINO, Á. (2021). “Factores relacionados con la calidad del sueño y la somnolencia diurna en universitarios del suroccidente colombiano”. *Duazary*, vol. 18, Núm. 3: 73–82.
- SILVA SALTOS, H.; ESCUDERO SARANGO, J. y AVILÉS FARFÁN, D. (2023). “El impacto de los trastornos del sueño en la salud y el rendimiento cognitivo en estudiantes universitarios de América Latina”. *Journal Scientific MQR Investigar*, vol. 7, Núm. 4: 3113–3130.
- TRACY, S. (2010). “Qualitative quality: Eight ‘big-tent’ criteria for excellent qualitative research”. *Qualitative Inquiry*, vol. 16, Núm. 10: 837–851.
- VAN MANEN, M. (2023). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing* (2.<sup>a</sup> ed.). London: Taylor y Francis.
- ZÚÑIGA VERA, A.; CORONEL CORONEL, M.; NARANJO SALAZAR, C. y VACA MARIDUEÑA, R. (2021). “Correlación entre calidad de sueño y calidad de vida en estudiantes de medicina”. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, vol. 30: 77–80.

## DECLARACIÓN FINAL DEL XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA

En este año 2025 se celebran 40 años de la creación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES.

Fundada en la ciudad de Ouro Preto, en el estado de Minas Gerais – Brasil, Alames fue un hito en la formulación y difusión del pensamiento crítico en salud. A partir de la noción de determinación social de la salud, el pensamiento crítico retiró la salud de su concepción estrictamente biomédica para reconocerla como un proceso vinculado a las condiciones sociales y al desarrollo histórico y político de nuestras sociedades. El pensamiento crítico en salud se difundió en la región y se consolidó en la defensa de la transformación de las condiciones sociales que generan enfermedad y en la construcción de naciones justas e igualitarias. Ese sigue siendo el lema de Alames.

El XVIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva “Por la democracia, los derechos sociales y la salud, retomando el camino de la determinación social y de la soberanía de los pueblos”, realizado en la ciudad de Río de Janeiro del 5 al 8 de agosto de 2025, reunió a 2566 congresistas, con 1322 trabajos y 912 pósteres aprobados. Se realizaron 68 sesiones de comunicación oral, 21 mesas temáticas, 4 grandes debates y 3 grandes conferencias.

Como resultado de los trabajos, nosotras y nosotros, congresistas, afirmamos:

Nuestra defensa incondicional e innegociable de la vida humana, de la paz y de la soberanía de los pueblos.

Nuestra solidaridad con el pueblo palestino. Repudiamos el genocidio practicado por Israel, la deshumanización y el hambre como arma de guerra, con el claro objetivo de limpieza étnica y ocupación final de su territorio. Clamamos por la autodeterminación del pueblo palestino. ¡Palestina Libre!

Convocamos a los países de nuestra región a integrar el Grupo de La Haya en la organización de una misión internacional de salud en apoyo al pueblo de Gaza.

Nuestra solidaridad con nuestros hermanos cubanos, rehenes del bloqueo más largo de la historia, impuesto por Estados Unidos, país con un territorio 100 veces mayor y un PIB cerca de 300 veces el de Cuba. Esta agresión imperialista tiene el único objetivo de castigar al pueblo cubano por el camino que soberanamente eligió.

Condenamos las expulsiones de ciudadanos latinoamericanos de Estados Unidos y, en particular, la complicidad del gobierno del presidente de El Salvador, Nayib Bukele, que utiliza sus prisiones para detener a personas que buscan mejores condiciones de vida, contrariando todas las normas internacionales.

Repudiamos el ataque comercial, diplomático y político de Estados Unidos contra la soberanía de numerosos países latinoamericanos, como viene ocurriendo con Brasil y México.

Condenamos las decisiones del gobierno argentino que amenazan la salud, la educación y los derechos de los ciudadanos.

Manifestamos nuestro compromiso con la ampliación y articulación de las luchas y resistencias a nivel global y en nuestra Latinoamérica para frenar el avance de la extrema derecha en el mundo, con sus prácticas autoritarias que amenazan nuestras democracias y nuestra soberanía mediante la difusión del odio, de la mentira, del disenso, que favorecen el descontento y el desencanto de nuestra juventud, estimulando el individualismo y la violencia.

El aumento de las desigualdades en el mundo es injustificable e inaceptable, pues la humanidad ya dispone de todas las condiciones para garantizar una vida digna a todas las personas. Por eso, no aceptamos que 700 millones de personas aún pasen hambre en el mundo, mientras cerca de 3000 multimillonarios concentran más riqueza que el 60% de la población mundial.

Lejos de generar buen vivir y vida digna, el capitalismo se radicaliza en la explotación del trabajo, en la destrucción de la naturaleza, en la fragilización de los vínculos sociales, en la vulnerabilidad de los cuerpos, en la discriminación racial y étnica y en la xenofobia. Propone Estados mínimos para el pueblo, exigiendo austeridad y control fiscal sobre los recursos públicos, con reducción de derechos sociales. Pero exige y practica Estados grandes para el capital, a costa de pagos de deudas cada vez mayores a los rentistas, incentivos

fiscales de todo tipo y la entrega al sector privado de activos y servicios públicos.

Consecuencia de este capitalismo depredador es la crisis ambiental que amenaza nuestra vida de hoy y del futuro. La salud colectiva reconoce sus efectos sobre la salud de las personas, pero no acepta actuar solamente en mitigarlos. La crisis ambiental, que afecta la salud de todos y todas, proviene del modelo depredador de uso de nuestras tierras y nuestros bienes naturales, convertidos en mercancías para ganancias rápidas y sólo para unos pocos, amenazando a nuestros pueblos y comunidades originarias y sus modos de vida. Un nuevo modelo requiere igualdad en la tierra e inversión en producción sostenible, con participación de quienes en la tierra viven y trabajan.

Repudiamos todas las formas de opresión y todas las prácticas de racismo, machismo, LGBTfobia, capacitismo y xenofobia.

Nuestras democracias, como nuestra región, deben ser plurales, multiculturales y en defensa de todas las personas, sin ninguna discriminación.

Combatiremos sin tregua el avance de las redes y tecnologías digitales y de la inteligencia artificial al servicio del control político e ideológico que nuestras élites ejercen para fortalecer sus patrones de acumulación y control social, revirtiéndolas a favor de nuestros pueblos.

Repudiamos las imposiciones del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional para la adopción, en nuestros países, de la Cobertura Universal de Salud (CUS) y de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que limitan el acceso a los servicios y estimulan la participación privada en la salud. Defendemos la oferta pública y

estatal de las políticas sociales y de salud y nos oponemos a su privatización y financiarización.

Creemos en la potencia y capacidad transformadora de América Latina, ya comprobada por las conquistas contra colonizadores y dictaduras. Hoy luchamos contra el neoliberalismo que se nutre de la miseria, contra la extrema derecha que mina nuestras democracias y nuestra humanidad, contra la destrucción de nuestra tierra y nuestras riquezas. La salud colectiva es crítica y por eso es positiva, construye y afirma sueños, porque la salud es el centro de la vida, es la expresión de nuestra humanidad, de nuestro cuidado unos con

otros y el espacio necesario para la realización de nuestros deseos. Así, nos corresponde avanzar en la construcción de la salud en la que creemos, unificar nuestras luchas, reunir a todas y todos en torno al proyecto común de la justicia social y del bien común.

Defendemos otro orden social, pacífico, solidario y orientado a la defensa de la vida y del buen vivir. Nuestro trabajo cotidiano, como latinoamericanos de la salud colectiva, es la lucha por la democracia, por los derechos sociales y de salud, garantizados por sistemas universales públicos, equitativos y de calidad.

**¡Viva Latinoamérica, viva la salud colectiva! ¡Adelante y siempre!**

Río de Janeiro, 08 de agosto de 2025

<https://congresso.alames.org/es/carta-de-rio-de-janeiro/>