

PSALUD PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 20 / NÚMERO 39 / ENERO-JUNIO 2026

**Prácticas de salud-enfermedad-
atención-cuidado
Participación comunitaria
Itinerarios terapéuticos
y corporales
Cuerpo y afectividad**



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 Armando 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. José Alberto Rivera Márquez

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**



Salud Problema, Segunda época, Año 20, No. 39, enero-junio de 2026, es una publicación científica semestral de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14387, Ciudad de México y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México, Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: saludproblema@correo.xoc.uam.mx. Dirección Editorial: Soledad Rojas Rajs. 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 junio de 2026. Tamaño del archivo 4.2 MB.

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

D.R. © 2011 Universidad Autónoma Metropolitana.

Índice

5 EDITORIAL

8 AUTORAS Y AUTORES

ARTÍCULOS

- 11 **Autocuidado y Autoatención: prácticas de salud en albañiles que trabajan por cuenta propia en Tetela del Monte, Morelos**
Self-Care and Health Care Practices Among Self-Employed Construction Workers in Tetela del Monte, Morelos
Araceli Apolonia Salazar Coronel
- 27 **Formación médica, diferencias y desigualdades en la atención materna: una mirada crítica a la gineco-obstetricia**
Medical Training, Differences, and Inequalities in Maternal Care: A Critical Look at Gynecology and Obstetrics
Manuela Gutiérrez
Liz Hamui Sutton
- 42 **Reforma de salud en Chile, segmentación e inequidad: balance crítico de políticas sanitarias neoliberales (2000–2030)**
Health Reform in Chile, Segmentation, and Inequality: A Critical Assessment of Neoliberal Health Policies (2000–2030)
Camilo Bass del Campo
- 63 **Del aislamiento a la acción: cómo la participación comunitaria puede transformar la salud mental en los adultos mayores institucionalizados**
From Isolation to Action: How Community Participation Can Transform Mental Health Among Institutionalized Older Adults
Diana Ruíz García
- 69 **Intervenciones en diabetes tipo 2 en pueblos indígenas: caracterización del campo mediante una revisión de alcance**
Type 2 Diabetes Interventions in Indigenous Peoples: Characterization of the Field Through a Scoping Review
Victor Eduardo Téllez Palomares
Jesús Armando Haro Encinas

- 89 **Exploración de itinerarios terapéuticos y corporales con mujeres que viven con fibromialgia: una propuesta desde las prácticas somáticas y ecosomáticas**
Exploration of Therapeutic and Embodied Journeys Among Women Living with Fibromyalgia: A Somatic and Ecosomatic Perspective
Daniela Troncoso Vargas
Angela Rojas Kuschel
Ximena Lagos Morales
- 111 **Nombrar la enfermedad: comunicación, cuerpo y afectividad en torno al cáncer testicular**
Naming the Illness: Communication, the Body, and Affectivity Surrounding Testicular Cancer
Héctor Rebolledo Castillo

Editorial del Nro. 39

Revista Salud Problema

La revista *Salud Problema* llega al número 39 de su segunda época, en un escenario internacional complejo. Sabido es que la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas han planteado, desde hace varias décadas, que la salud no puede analizarse únicamente como una cuestión biomédica o centrada en la biología humana. Al recuperar la importancia y primacía de la dimensión social, se hace evidente que los acontecimientos internacionales son también parte fundamental de los distintos procesos de determinación social de la salud. Las transformaciones geopolíticas de este siglo —marcadas por brutales crímenes de guerra, genocidios, disputas imperiales y coloniales, el continuo desarrollo tecnológico dirigido a la vigilancia y la destrucción humana, la crisis climática, las migraciones masivas y el avance del pensamiento conservador— implican nuevos retos y prioridades para la salud colectiva en todo el mundo. Sin embargo, el tablero internacional parece caminar en dirección contraria a la búsqueda de soluciones comunes para los problemas del proceso salud-enfermedad-atención y para todos aquellos fenómenos que afectan la vida humana.

El año 2026, hasta este momento, se ha caracterizado por terribles acciones de las potencias imperiales, dirigidas a la conquista de los hidrocarburos y los territorios de paso comercial, así como al control sobre los mercados con base en imposiciones y amenazas de poderío militar. Esto ha producido un grave debilitamiento del multilateralismo y ha intensificado la ruptura del derecho internacional y del derecho internacional humanitario -pisoteado durante casi tres años ya con el genocidio palestino que cometen Israel, Estados Unidos y sus aliados. Asimismo, el periodo actual se define por la creciente utilización de la política comercial, migratoria y sanitaria como instrumentos geopolíticos. Para América Latina y el Caribe estos procesos han significado una pérdida drástica de soberanía, una nueva ola de gobiernos proestadounidenses y ataques directos, ilegales y crueles a países como Venezuela y Cuba; embates que reeditan las peores lógicas del colonialismo.

Tanto Venezuela como Cuba sufren hoy condiciones inhumanas. Además de una larga historia de sanciones económicas y bloqueos, Venezuela fue invadida por Estados Unidos el 3 de enero de 2026 y su presidente fue secuestrado. A partir de esa fecha, el imperio asalta abiertamente el petróleo venezolano sin que existan mecanismos internacionales capaces de frenarlo, recurriendo a la amenaza permanente de destrucción militar contra cualquiera que se atreva a interponerse. A la par de este despojo, los mecanismos para estrangular a la sociedad y al gobierno de Cuba se han recrudecido drásticamente mediante un sistemático bloqueo energético y de combustibles. La estrategia es clara: hacer inviable la vida en la isla y obligar al pueblo cubano a inclinar la cabeza y rendirse a los fines del imperio trumpista.

El impacto de este cerco estadounidense sobre Cuba puede medirse directamente en términos de vida, salud y bienestar. El sistema sanitario, privado de la energía necesaria, sortea dificultades titánicas para mantener los mínimos de atención. La salud pública de todo el país se encuentra bajo ataque, pues se

reducen las capacidades para transportar medicamentos e insumos de forma oportuna, disminuye la refrigeración de elementos críticos y se priva a las instituciones de agua para el aseo básico o la esterilización de equipos. La intención manifiesta es colapsar los hospitales y dismantelar un sistema de salud ejemplar cuyos logros han sido, durante décadas, referentes indiscutibles para América Latina y el Caribe. Al gobierno de Estados Unidos no le importa que esto provoque un aumento en la mortalidad infantil o que ponga en riesgo inmediato la vida de pacientes en terapia sustitutiva, trasplantados o en condiciones crónicas que dependen estrictamente de fluido eléctrico y equipamiento especializado para sobrevivir.

A este panorama de asedio político se suma la vulnerabilidad ante los desastres socioambientales. Recientemente, dos destructivos terremotos azotaron importantes regiones de Venezuela, agravando de manera dramática la crisis humanitaria y sanitaria que ya padecía el país, en parte por el bloqueo económico y ahora a causa de la intervención extranjera. La convergencia de la violencia imperialista y los fenómenos de la naturaleza deja al descubierto la total desprotección a la que se intenta someter a los pueblos soberanos.

Ante este horizonte de barbarie, Salud Problema convoca a fortalecer la investigación en medicina social y salud colectiva, no sólo por su potencial académico, sino como un acto de resistencia intelectual y ética. Hoy más que nunca, la salud colectiva debe consolidarse como un espacio de denuncia, análisis crítico y praxis transformadora. Frente a las lógicas de la destrucción, el despojo y la enfermedad inducida como armas de guerra, reafirmamos el compromiso de seguir pensando y construyendo alternativas emancipatorias que defiendan la vida, la dignidad y la soberanía sanitaria de nuestros pueblos.

En este número presentamos diversos trabajos que enriquecen la reflexión y el análisis desde las perspectivas de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana abordando las experiencias de salud, enfermedad, atención y cuidado en distintos contextos sociales. Algunos de estos trabajos se centran en intervenciones de campo, mientras que otros recuperan experiencias en espacios institucionalizados.

El primer artículo de este número está titulado “*Autoatención y autocuidado: prácticas de salud en albañiles que trabajan por cuenta propia en Tetela del Monte, Morelos*” de Araceli Apolonia Salazar Coronel, tiene como objetivo comprender cómo los albañiles participantes en la investigación construyen significados y desarrollan acciones relacionadas con el cuidado de su salud a partir de sus experiencias de vida, desde una aproximación cualitativa, el trabajo muestra las formas en que estos trabajadores articulan saberes, prácticas y recursos para enfrentar los procesos de salud-enfermedad.

El escrito “*Formación médica, diferencias y desigualdades en la atención materna: una mirada crítica a la gineco-obstetricia*” con autoría de Manuela Gutiérrez y Liz Hamui Sutton examina cómo la formación médica en ginecología y obstetricia incide en la producción y reproducción de desigualdades en la atención materna dentro de dos hospitales públicos de la Ciudad de México, a partir de un trabajo

etnográfico que combina observación participante y entrevistas a profesionales en distintas etapas de su trayectoria.

El estudio *“Reforma de salud en Chile, segmentación e inequidad: balance crítico de políticas sanitarias neoliberales (2000–2030)”* escrito por Camilo Bass del Campo, evalúa críticamente dichas reformas entre 2000 y 2020, junto con las orientaciones de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, a través de un diseño mixto secuencial explicativo que combinó análisis documental de políticas y evaluaciones oficiales con el examen de datos de las Encuestas Nacionales de Salud.

El trabajo *“Del aislamiento a la acción: cómo la participación comunitaria puede transformar la salud mental en los adultos mayores institucionalizados”* de Diana Ruíz García, analiza el papel de la participación comunitaria y de las redes de apoyo entre pares en la salud mental de los adultos mayores institucionalizados.

Además, *“Intervenciones en diabetes tipo 2 en pueblos indígenas: caracterización del campo mediante una revisión de alcance”* por Víctor Eduardo Téllez Palomares y Jesús Armando Haro Encinas busca reconstruir la arquitectura del campo sobre intervenciones en diabetes tipo 2 (DT2) en pueblos indígenas: con quién se trabaja, dónde se implementa, en qué consisten las acciones, qué indicadores se miden y qué tipo de adaptación cultural se reporta.

El escrito *“Exploración de itinerarios terapéuticos y corporales con mujeres que viven con fibromialgia: una propuesta desde las prácticas somáticas y ecosomáticas”* en autoría de Daniela Troncoso Vargas, Angela Rojas Kuschel y Ximena Lagos Morales es un artículo que sistematiza las experiencias de práctica somática y ecosomática realizadas con mujeres que viven con fibromialgia y residen en la ciudad de Valdivia, al sur de Chile.

Por último, *“Nombrar la enfermedad: comunicación, cuerpo y afectividad en torno al cáncer testicular”* de Héctor Rebolledo Castillo que propone examinar las trayectorias de varones diagnosticados con cáncer testicular en la ciudad de Puebla, atendiendo tanto al momento de la revelación médica como a los modos en que ellos mismos relatan y transmiten la noticia a otras personas.

Estas contribuciones motivan y enriquecen la discusión de temas actuales, fortalecen el debate académico y favorecen la construcción de alternativas así como el trazado de caminos posibles para avanzar hacia una transformación orientada a la equidad en salud y a la justicia social.

Soledad Rojas Rajs
Andrea Elizabeth Araujo Saldivar
Comité Editorial de la Revista Salud Problema

Autoras y Autores

ANGELA ROJAS KUSCHEL

Terapeuta Ocupacional de la Universidad Austral de Chile, Diplomado en educación socioemocional (ADIPA), Especialización en Trauma Complejo (ADIPA). Formación en la Escuela *Body Mind Movement* como educadora de movimiento somático. Se desempeña como terapeuta ocupacional en salud mental en un programa especializado en procesos reparatorios para niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de explotación sexual. Líneas de investigación: salud mental comunitaria, prácticas somáticas, cuerpo y territorio, salud mental sensible al trauma, corporalidades y afectividades, ecologías afectivas. Correo electrónico: arkuschel@gmail.com

ARACELI APOLONIA SALAZAR CORONEL

Licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) y Maestra en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Actualmente, cursa el doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Investigadora en el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública. Líneas de investigación: salud colectiva, salud de los trabajadores, masculinidad y salud, promoción y educación para la salud, métodos cualitativos y validación de materiales educativos. Correo electrónico: ciee25@insp.mx

CAMILO BASS DEL CAMPO

Médico Cirujano y especialista en Medicina Familiar por la Universidad de Concepción. Magíster en Salud Pública Basado en Evidencia, mención Epidemiología para la Gestión. Magíster en Administración de Salud. Actualmente es Referente del Ciclo Vital del Adulto (SSMC) y Profesor Adjunto del Programa de Salud Colectiva y Medicina Social de la Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende G.” de la Universidad de Chile. También es docente en la Universidad de O’Higgins. Líneas de investigación: Atención Primaria, Talento Humano en salud, sistemas de salud, Seguridad social y Políticas públicas, con enfoque desde la salud colectiva y la medicina social. Correo electrónico: camilobass@yahoo.com / camilobass@gmail.com

DANIELA TRONCOSO VARGAS

Licenciada en Educación y Profesora de Historia y Ciencias Sociales en la Universidad de Los Lagos, Chile, realiza un diplomado de Educación Artística de la Universidad de Valladolid y organizado en conjunto con la Organización de Estados Iberoamericanos, posteriormente realiza estudios de feminismos comunitarios a través de el diplomado Feminismos Comunitarios, Campesinos y Populares en AbyaYala de la Universidad Nacional de Jujuy, Argentina. Actualmente su investigación emerge desde el enfoque somático. Correo electrónico: danielatroncoso.87@gmail.com

DIANA RUÍZ GARCÍA

Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad Latinoamericana, campus Cuernavaca. Diplomado en Políticas Públicas por el Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente cursa la Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento. Experiencia en Servicios de Salud de Morelos en el área de Promoción de la Salud y en la Unidad de Igualdad de Género, participando en procesos intersectoriales y en la certificación de la Norma 0-25. Líneas de investigación: salud mental comunitaria, envejecimiento, participación social y derechos humanos. Correo electrónico: diana.ruizga@insp.edu.mx

HÉCTOR REBOLLEDO CASTILLO

Licenciado en psicología por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Cursando la maestría en Antropología Social por la misma universidad en la facultad de Filosofía y letras. Experiencia laboral: acompañamiento psicosocial a colectivos defensores de derechos humanos, específicamente, de familias que tienen un familiar desaparecido. Línea de investigación: Cuerpo, género y enfermedad. Correo electrónico: rebolledohector43@gmail.com

JESÚS ARMANDO HARO ENCINAS

Médico y antropólogo, profesor-investigador del Centro de Estudios en Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora. Líneas de investigación: salud y sociedad, pueblos indígenas, sistemas locales de salud, evaluación de programas y respuestas sociales ante crisis sanitarias. Autor de trabajos sobre salud indígena y desarrollo regional. Correo electrónico: aharo@colson.edu.mx

LIZ HAMUI SUTTON

Doctora en Ciencias Sociales. Profesora Titular C de Tiempo Completo Definitivo (PRIDE D) en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. Investigadora Nacional Nivel III (SECIHTI). Sus líneas de investigación se centran en educación médica, antropología en salud y procesos socioculturales en la práctica clínica. Entre sus publicaciones destacan libros sobre narrativas en la clínica, competencias docentes, identidad docente y metodologías interpretativas en salud. Correo electrónico: lizhamui@hotmail.com

MANUELA GUTIÉRREZ

Doctora en Salud Colectiva y Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X). Socióloga por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Es Mediadora comunitaria. Especialista en derecho a la salud, políticas públicas y género. Trabaja en docencia e investigación. Se propone ayudar a mejorar el acceso a la salud y de esta forma las condiciones de vida de la población, a través de su trabajo y el establecimiento de vínculos de colaboración entre sociedad civil y el Estado. Correo electrónico: mg.manuela.gutierrez@gmail.com

VÍCTOR EDUARDO TÉLLEZ PALOMARES

Biólogo por la Universidad de Sonora. Maestría en Desarrollo Regional en el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. Doctorante en Ciencias Sociales (Estudios en Salud y Sociedad) en El Colegio de Sonora. Líneas de trabajo: salud intercultural, medicina social, epidemiología sociocultural, itinerarios diagnóstico-terapéuticos, etnobotánica y patrimonio biocultural. Experiencia en investigación y trabajo de campo con pueblos indígenas del noroeste de México (guarijío/makurawe, comcáac y yoreme-mayo). Correo electrónico: vtellez@colson.edu.mx, victor_etp15@hotmail.com

XIMENA LAGOS MORALES

Licenciada en Ciencias Químicas y Farmacéuticas por la Universidad Austral de Chile. Máster en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Máster en Calidad Farmacoterapéutica y Seguridad del Paciente por la Universidad de Valencia, España. Académica en el Instituto de Farmacia de la Universidad Austral de Chile. Líneas de investigación: iatrogenia clínica y social inducida

por medicamentos, así como en los procesos de medicalización y pharmaceuticalización de la vida, desde enfoques críticos e interseccionales que articulan salud, género, cultura y sociedad, prácticas pluriculturales de cuidado en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, abordando los márgenes biopolíticos del cuidado. Correo electrónico: ximenalagos@uach.cl

Autocuidado y Autoatención: prácticas de salud en albañiles que trabajan por cuenta propia en Tetela del Monte, Morelos

Araceli Apolonia Salazar Coronel*

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo consiste en analizar, desde la perspectiva de la salud colectiva, las prácticas de autocuidado y autoatención que desarrollan albañiles por cuenta propia en Tetela del Monte, Morelos, en un contexto determinado por condiciones económicas, sociales y culturales adversas, así como comprender cómo construyen significados y acciones sobre su salud a partir de su experiencia vivida.

Se empleó una metodología cualitativa con entrevistas semiestructuradas a diez albañiles de diferentes edades y puestos dentro de la obra de construcción, complementada con observación no participante para captar la riqueza y complejidad del fenómeno. Los resultados muestran que las prácticas de autocuidado en su mayoría han sido normalizadas y automatizadas, y responden a las condiciones adversas del trabajo. Algunas de estas prácticas son: descansos breves para mitigar el desgaste físico, uso de equipos de protección y prendas para protegerse del sol. En cuanto a la autoatención, los trabajadores valoran y adaptan saberes populares y recurren a información que encuentran en páginas de internet para enfrentar lesiones leves en la obra de construcción, aunque esto no es suficiente ante la precariedad laboral y el acceso limitado a servicios de salud formales, lo que genera un impacto negativo acumulativo en su bienestar. La masculinidad hegemónica es otro elemento presente en este entorno que limita la atención a la salud y promueve la resistencia al dolor y la minimización de los síntomas. Las conclusiones resaltan la vulnerabilidad estructural de los albañiles, así como la necesidad de reconocer sus prácticas de autocuidado y autoatención en políticas públicas para mejorar sus condiciones laborales y proteger sus derechos.

PALABRAS CLAVE: autocuidado, autoatención, albañiles, precariedad laboral, salud colectiva.

* Investigadora en el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública. Correo electrónico de contacto: cicee25@insp.mx

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2025

Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2026

Self-Care and Self-Attention: Health Practices Among Self-Employed Construction Workers in Tetela del Monte, Morelos

ABSTRACT

The main objective of this study is to analyse, from a collective health perspective, the self-care and self-attention practices of self-employed construction workers in Tetela del Monte, Morelos, within a context defined by adverse economic, social, and cultural conditions. The study also aims to understand how these workers construct meanings and actions related to their health based on their lived experiences.

A qualitative methodology was employed, using semi-structured interviews with ten construction workers of different ages and positions within the construction industry. Non-participant observation was also used to capture the richness and complexity of the phenomenon. The results show that most self-care practices have become normalized and automated in response to the adverse working conditions. Some of these practices are taking short breaks to mitigate physical exertion and wearing protective equipment and clothing to shield themselves from the sun. Regarding self-care, construction workers value and adapt traditional knowledge and use information found on the internet to address minor injuries on construction sites. However, this is insufficient given their precarious working conditions and limited access to formal healthcare services, which has a negative cumulative impact on their well-being. Hegemonic masculinity is another factor present in this environment that limits access to healthcare and promotes pain tolerance and minimization of symptom. The findings highlight the structural vulnerability of construction workers, as well as the need to recognize their self-care practices in public policies to improve their working conditions and protect their rights.

KEYWORDS: self-care, self-attention, construction workers, precarious working conditions, public health.

Introducción

En México, el sector de la construcción emplea a 4.53 millones de personas, de las cuales 1.64 millones son albañiles. La gran mayoría son hombres (96.1%), con una edad promedio de 44.7 años. El 73.9% cuenta con educación básica y 69.9% trabajan como subordinados. El ingreso mensual promedio neto en este sector es de 7,531 pesos (MXN), aunque varía según la edad, la experiencia y el puesto. La jornada laboral promedio es de aproximadamente 48 horas semanales

(*cf.* Dataméxico, 2023). Estos trabajadores suelen trabajar a destajo¹ con el fin de aumentar su producción pese a que esta no cubre sus necesidades básicas (*cf.* Laurell, 1983; Pulido y Cuéllar, 2015); además, para sobrevivir, los albañiles alternan entre diferentes obras o actividades com-

¹ Trabajadores a Destajo o Destajistas. Personas que trabajan por una remuneración determinada por el número de servicios prestados, piezas trabajadas, unidades vendidas u obra terminada, es decir, exclusivamente por la cantidad de trabajo realizada.

plementarias como plomería, jardinería o electricidad (*cf.* López *et al.*, 2011).

Las obras en las que laboran, mayormente, son construcciones tradicionales, llamadas así por ser la forma típica de construir las casas: es una edificación pequeña, que no requiere el uso de tecnología moderna y emplea pocos trabajadores, quienes, regularmente, son amigos y familiares; el maestro de obra ocupa el papel más relevante al ser el responsable de la organización del trabajo y la gestión de la mano de obra. La jerarquía laboral se entrelaza con la familia y la confianza; la contratación ocurre, por lo general, mediante acuerdos verbales, lo que normaliza la ausencia de condiciones seguras y derechos laborales (*cf.* Aragón, 2012; Casas, 2018; Maqueda, 2022).

A pesar de que la industria de la construcción cumple un papel crucial en la generación de empleo, los trabajos en este sector distan mucho de cumplir con los estándares de un empleo digno² (*cf.* Falcón, 2016). Estas ocupaciones se caracterizan por ofrecer escaso reconocimiento social, proyectos ocasionales, salarios insuficientes e irregulares, ausencia de contratos fijos, esquemas de tercerización y una completa carencia de protección jurídica y sanitaria (*cf.* Ballesteros, 2019).

En México, desde la implementación del modelo neoliberal en los años ochenta, los salarios reales han disminuido considerablemente. En 2022, a pesar de tener un gobierno progresista, muchos albañiles, como los ayudantes o “chalanes”, ganaban alrededor de 1,500 pesos semanales, apenas un poco más del salario mínimo diario (1,037.22 pesos semanal), lo que dificultaba la cobertura de

necesidades básicas como alimentación, vivienda y salud (*cf.* Dataméxico, 2023).

En ese sentido, las políticas neoliberales han profundizado la precarización laboral en este sector, que se manifiestan en dimensiones estructurales y sociales. La flexibilización y desregulación promovidas por estas políticas han incentivado la subcontratación de trabajadores informales y el desarrollo del trabajo por cuenta propia como estrategias empresariales para reducir costos y prestaciones sociales (*cf.* Añez, 2009; Ovando *et al.*, 2021).

Adicionalmente, la construcción es reconocida como una actividad de alto riesgo debido a la exposición constante de sus trabajadores a múltiples peligros tales como compuestos químicos tóxicos, actividad física extenuante, presiones psicosociales y lesiones recurrentes como machucones, raspones, ampollas, quemaduras por cal, caídas, irritación ocular por el cemento, electrocuciones, discapacidades (temporales y permanentes) e, incluso, la muerte (*cf.* León *et al.*, 2011).

Diversos estudios han documentado que los albañiles presentan envejecimiento prematuro y padecen enfermedades cardiovasculares, neuropsicológicas, otológicas, musculoesqueléticas y respiratorias con mayor frecuencia en comparación con otros grupos laborales (*cf.* Sánchez *et al.*, 2017). Esto se atribuye a las largas jornadas, el intenso esfuerzo físico (como cargar vigas, bultos de cemento, piedras), las escasas horas de descanso y una alimentación nutricionalmente deficiente para afrontar estas demandas (*cf.* Maqueda, 2022).

La Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción (CMIC) en 2024 mencionó que el Insti-

² Trabajo que respeta los derechos fundamentales de la persona humana, así como los derechos de los trabajadores en lo relativo a condiciones de seguridad laboral y remuneración.

tuto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó durante el tercer trimestre de 2023, 19,569 incidentes donde están involucrados trabajadores de la construcción, y destacó que, aunque hay una reducción de casos, sigue existiendo una alta exposición a riesgos físicos y operativos. Sin embargo, estos datos hay que tomarlos con cautela ya que subestiman la realidad, pues un gran porcentaje de trabajadores carece de seguridad social y recibe atención sanitaria en otros espacios, como en casa, consultorios adyacentes a farmacias, centros de salud y, en casos graves, hospitales generales.

Por otro lado, en este contexto laboral, se reproduce una cultura en la que el cuerpo y la salud están subordinados a la productividad. Se espera que los trabajadores sean fuertes, resistentes, y que minimicen el dolor y la fragilidad. Estas características son propias de la reproducción de una masculinidad hegemónica que rechaza o minimiza el autocuidado por temor a ser asociado con conductas percibidas como “femeninas” (*cfr.* Keijzer, 1997). Varios autores mencionan que en la socialización de la mayoría de los hombres y en este caso de los albañiles, la valoración del cuerpo desde una perspectiva de salud y cuidado es prácticamente inexistente y limita las prácticas de autocuidado y autoatención en salud (*cfr.* Benach y Muntaner, 2005; Zamudio y Figueroa, 2008).

Sin embargo, este trabajo cuestiona la afirmación categórica de una “inexistencia” en la valoración del cuerpo desde una óptica de cuidado, pues los resultados que se presentan documentan prácticas concretas de autocuidado incorporadas como respuestas instintivas al *habitus* laboral (Bourdieu, 2002). Aunque no se reconocen explícitamente como tales, estas acciones se evitan verbalizar por temor a la vulnerabilidad o la burla entre pares. Esto invita a explorar cómo la precariedad

estructural y las dinámicas de masculinidad hegemónica invisibilizan estas agencias cotidianas, limitando su potencial transformador en las rutas colectivas de atención a la salud-enfermedad.

Pese a las circunstancias mencionadas y ante la cotidianidad del peligro y los accidentes, los albañiles han desarrollado prácticas de autocuidado y autoatención con la finalidad de prevenirlos o atenderlos. Estas prácticas se desprenden de saberes heredados y compartidos que se actualizan y forman diversas trayectorias de atención, de manera que se relacionan con su experiencia y contexto social, político, histórico y económico (*cfr.* Ríos y López, 2018). Su efectividad es reconocida por los albañiles y coexisten con el saber biomédico al que a menudo se resisten.

Saberes alternativos y otras formas de atención

Durante el siglo XX, los saberes y prácticas relacionados con la atención, prevención y promoción de la salud se consolidaron en la sociedad moderna, bajo la influencia predominante del saber biomédico (*cfr.* Menéndez, 2009). No obstante, es preciso aclarar que, si bien este modelo hegemónico mantiene su poder institucional al ser el saber validado por el Estado, también es cierto que enfrenta una crisis de legitimidad que se manifiesta en dos frentes: por un lado, en la vida cotidiana, desde la experiencia y percepción de los sujetos; y por otro, en el ámbito académico, en el que se cuestiona su capacidad explicativa y resolutoria ante la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención, lo que hace fundamental reconocer la existencia de otras formas de atención a la salud que están condicionadas por determinaciones sociales como la ocupación, escolaridad, seguridad social, el género, la mercantilización, entre otras (*cfr.* Menéndez, 2005).

Estas diversas formas de saberes coexisten de forma paralela con el paradigma biomédico, y su reconocimiento es clave para comprender las rutas de atención que siguen las personas (*cf.* Menéndez, 2005). La disciplina biomédica, al asumirse como la autoridad legítima en salud, suele invisibilizar otros sistemas de saberes. Menéndez (*cf.* 2005) destaca la importancia epistemológica de reconocer estos saberes alternativos, ya que ello amplía el estudio desde campos como la salud colectiva, y permite abordar diversas formas de atención a los padecimientos más allá de su eficacia técnica o su naturaleza (*cf.* Zolla, 1983; Holanda, 1963; Harman, 1974).

Dentro de este marco, Menéndez (*cf.* 2009) hace mención del concepto de autocuidado, pero como una práctica de carácter más individualista, que atribuye al sujeto la responsabilidad exclusiva en el proceso salud/enfermedad/atención, y que desestima la validez del saber popular como una forma legítima de resolver problemas de salud. Asimismo, critica la visión que limita la capacidad de autogestión del cuidado a la mediación del saber biomédico. Por su parte, Haro define el autocuidado como “las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos y que suelen estar centrados en los individuos” (2000, p: 117). Para Haro (*cf.* 2000), el autocuidado es una práctica individual, pero, al contextualizarlo en entornos de desigualdad, esta práctica se articula y negocia como una práctica colectiva.

Adicionalmente, Menéndez (*cf.* 2009) desarrolla el concepto de autoatención en dos niveles. En primer lugar, la autoatención comprende las labores de reproducción social en el ámbito familiar en el que, tradicionalmente, la mujer ha jugado un papel central, aunque también se reconoce el gradual incremento de la participación de los

hombres (*cf.* Morán, 2015). En segundo lugar, la autoatención se manifiesta cuando surge un problema de salud y se expresan prácticas como el uso de remedios caseros o la automedicación; esas primeras actividades no incluyen a personal de salud, por el contrario, es el momento en que las personas recurren a sus redes más cercanas de apoyo (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etcétera).

Además, la autoatención es el principal núcleo de articulación práctica entre los diferentes saberes y formas de atención, estas prácticas suponen el primer nivel real de atención, lo que da pie a una ruta de cuidado particular para el enfermo. Esta ruta se ve moldeada por la ubicación socioespacial, cultural y económica de los individuos, y evidencia que la autoatención es un fenómeno estructural en las sociedades (*cf.* Menéndez, 2009).

Un aspecto crucial en las prácticas de autocuidado y autoatención es la disponibilidad y acceso a recursos, ya que las estrategias empleadas dependen de las condiciones y posibilidades materiales y sociales de los grupos involucrados. En contextos de desigualdad y pobreza, estas prácticas tienden a articularse como estrategias colectivas para el cuidado del cuerpo y de la salud. Finalmente, de acuerdo con Menéndez, es necesario replantear la relación yo/otros como parte integral de una colectividad que nos conforma, trascendiendo las formas individualizadas o fragmentadas de las relaciones sociales (*cf.* 2020).

Este artículo tiene como objetivo principal analizar desde la perspectiva de la salud colectiva, las prácticas de autocuidado y autoatención de los albañiles que trabajan por cuenta propia. así como reconocer que estos trabajadores aun en un entorno marcado por determinaciones económicas, sociales y culturales poseen un margen de acción

y decisión sobre el cuidado de su propia salud basado en su experiencia

Metodología

Este es un estudio cualitativo que nos permitió captar la riqueza y complejidad del fenómeno estudiado, lo que favoreció un análisis que integra las dimensiones culturales y sociales relacionadas con la salud, el autocuidado y la autoatención en este grupo específico. Este enfoque nos permite mostrar resultados que sean sensibles al contexto y reflejen las realidades vividas por los albañiles. Los participantes del estudio fueron diez hombres que se dedican a la construcción y que trabajan por cuenta propia en obras tradicionales ubicadas en el pueblo de Tetela del Monte, en el estado de Morelos, con edades entre los 30 y 80 años. La selección de los participantes se realizó a través de la técnica bola de nieve. La mayoría de los albañiles residen en Tetela de Monte y, algunos otros, en localidades cercanas a esta, como Santa María Ahuacatitlán, Chamilpa y Ocotepéc. Para asegurar la diversidad en la experiencia laboral, se incluyeron trabajadores que desempeñan diferentes puestos dentro de la construcción: maestros de obra, oficiales³ y ayudantes⁴. Las características detalladas de los participantes se presentan en la tabla 1.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante diez entrevistas semiestructuradas con una duración aproximada de 60 a 90 minutos y cuatro ejercicios de observación no participante, los cuales

se realizaron una vez al mes en diferentes días de la semana y en diferentes momentos del día; estos tuvieron una duración de 180 minutos cada uno. La guía de entrevista incluyó temas clave como historia familiar, inicio en la construcción, trabajo actual, organización laboral, relaciones laborales, exposición a riesgos laborales, percepciones sobre salud y enfermedad, prácticas de autoatención, redes de apoyo, cuidados en los hombres y servicios de salud comunitarios. Por su parte, la guía de observación abarcó aspectos del entorno físico y social, así como las actividades individuales y colectivas de los trabajadores en la obra de construcción. Las preguntas de ambas guías fueron diseñadas con base en los objetivos del estudio, más se mantuvo la flexibilidad para incorporar temas emergentes durante el trabajo de campo con el fin de garantizar la riqueza y profundidad de los datos obtenidos. Es importante señalar que, para este artículo, solo se presentan resultados de dos de los grandes temas explorados: prácticas de autocuidado y autoatención.

En cuanto a la ética de la investigación, se respetaron estrictamente los principios de confidencialidad y voluntariedad. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Se informó exhaustivamente a los participantes sobre la naturaleza del estudio, los posibles riesgos y beneficios de su participación, se aseguró el consentimiento informado por escrito previo al inicio de cada entrevista. Se les otorgó la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias, además de optar por no autorizar la grabación o el uso de datos específicos. Las personas que aceptaron participar dieron su consentimiento de forma escrita y recibieron una copia de la carta con los datos de la persona responsable de la investigación.

³ El oficial se enfoca en tareas especializadas de mantenimiento de estructuras, muros o columnas y acabados de pintura, carpintería, electricidad y plomería. Realiza arreglos solicitados por propietarios o por el maestro de la obra, corrige y apoya en remodelaciones.

⁴ El ayudante apoya a oficiales y al maestro de la obra en labores auxiliares, manteniendo el sitio limpio, ordenado y seguro mediante acarreo de desechos y herramientas. Sus actividades abarcan carga/descarga de materiales, preparación de terreno, excavaciones y movimiento de tierra, así como apoyo en recepciones y tareas menores de reparación o transporte.

Tabla 1. Características de los participantes.

Participante	Lugar de residencia	Puesto	Edad	Escolaridad	Estado civil	Número de hijo(as)	Derechohabiencia
1	Tetela del Monte	Maestro de obra	62	No estudió	Casado	3	Ninguna
2	Tetela del Monte	Oficial	30	Secundaria	Divorciado	4	Ninguna
3+	Tetela del Monte	Oficial	30	Carrera técnica	Divorciado	1	Ninguna
4	Tetela del Monte	Maestro de obra	51	Preparatoria incompleta	Casado	2	IMSS
5	Tetela del Monte	Maestro de obra	59	Primaria	Casado	3	Ninguna
6	Tetela del Monte	Maestro de obra	38	Primaria	Casado	5	Ninguna
7	Santa María Ahuacatlán	Maestro de obra	60	Primaria	Divorciado	3	Ninguna
8	Ocoatepec	Ayudante	81	Un año de primaria	Viudo	6	Ninguna
9	Chamilpa	Maestro de obra	47	Secundaria incompleta	Casado	3	Ninguna
10	Tetela del Monte	Ayudante	73	Secundaria incompleta	Casado	4	IMSS

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo.

+ Entrevista incompleta (no se tiene información sobre las prácticas de autoatención, pero sí de autocuidado, además aporta información para la caracterización del grupo de albañiles al que se entrevistó).

IMSS=Instituto Mexicano del Seguro Social

El trabajo de campo se desarrolló entre enero y octubre de 2024, periodo durante el cual las entrevistas y los ejercicios de observación se realizaron con citas previas adaptadas a la disponibilidad horaria de los participantes, dada la dificultad recurrente para encontrar tiempo libre.

Para el análisis de la información, las entrevistas fueron transcritas y analizadas desde una perspectiva fenomenológica, la cual se interesa en el cómo y no el qué de las cosas; es decir, se buscan descripciones ricas y complejas de un fenómeno

tal como es concretamente vivido (*cfr.* Castillo, 2020).

Las categorías fueron establecidas *a priori*, se definieron a partir de identificar conceptos básicos de la investigación y temas centrales, tomados tanto de los objetivos y de las preguntas de investigación como de la revisión de literatura y el marco teórico, organizándose en una matriz estructurada para entrevista con los albañiles, posteriormente se exploraron a profundidad como ejes temáticos operativos: historia familiar, inicio en

la construcción, trabajo actual, organización en el trabajo, relaciones laborales, exposición a daños laborales, percepción sobre salud- enfermedad, prácticas de autoatención, redes de apoyo, prácticas de cuidado en los hombres, servicios de salud en la comunidad.

Las entrevistas grabadas se transcribieron y la sistematización y codificación de los datos se realizaron mediante el uso del software cualitativo Atlas.ti, versión 25, lo que permitió organizar y comprender las experiencias y significados construidos por los albañiles respecto a prácticas de autocuidado y autoatención.

Para dar soporte a los resultados de este trabajo, se colocaron algunos testimonios de los participantes, los cuales se identificaron con un código que se conformó por el puesto que ocupa el albañil dentro de la obra y el número de la entrevista, por ejemplo: si la entrevista corresponde a un maestro albañil y fue la primera que se realizó, el código quedó integrado de la siguiente manera (MA01).

Resultados

Autocuidado como estrategia ante la precariedad laboral

Las prácticas de autocuidado entre los albañiles responden a un entorno laboral adverso que carece de garantías básicas para el bienestar. Si bien estas prácticas permiten afrontar las exigencias diarias, generan un impacto negativo acumulativo en la salud física y emocional. Este escenario evidencia cómo la precariedad estructural no solo limita el cuidado personal, sino que perpetúa la vulnerabilidad en un sistema económico que privilegia la productividad sobre el bienestar humano.

Entendiendo el autocuidado como el cuidado que cada persona ejerce sobre sí misma, observamos que los participantes, al igual que otros albañiles, han desarrollado prácticas para manejar la exigencia física de su trabajo, así como las condiciones laborales y climáticas. Es a partir de su discurso que podemos identificar que este autocuidado no se realiza como una acción deliberada dirigida al cuidado del cuerpo y la salud, sino que consiste en prácticas automatizadas y normalizadas que forman parte del *habitus* laboral (*cfr.* Bourdieu, 2002) en la dinámica cotidiana de la obra de construcción. Muchas de estas prácticas son, además, respuestas atípicas, es decir, no siempre las más adecuadas o efectivas para la salud a largo plazo. Por ejemplo, la hidratación con bebidas azucaradas en lugar de agua, que, aunque proporciona un golpe energético temporal para continuar trabajando, contribuye a la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes *mellitus*.

Las prácticas de autocuidado presentes en la obra incluyen descansos regulares, el uso de ropa protectora contra el sol y equipo para prevenir lesiones. Los descansos, que suelen ser breves (de 15 a 20 minutos), se destinan al consumo de alimentos y bebidas, a socializar y reducir el estrés laboral mediante bromas, anécdotas familiares, fumar o revisar los celulares para consultar sus redes sociales de *Facebook* y *Whatsapp*. Estos espacios sirven para hacer comunidad.

C: “Sí, de repente nos juntamos a echar un cigarrito, a quitar el estrés, pues del mismo trabajo, que nos echamos un refresquito, un cigarrito y entre cotorreo y vacilada, ya se despejó un poco la mente” (MA07).

Al llegar la hora de los descansos, es común escuchar frases como “vamos a echar coca”, “vamos a echar taco” o “vamos a echar un cigarrito”, pero

rara vez alguien expresa cansancio, dolor o malestar. Compartir el espacio, alimentos, bebidas, gusto por ciertas actividades permite un momento de interacción y un cierto grado de reciprocidad producto de la horizontalidad.

Es importante mencionar que estos descansos de alguna manera también están condicionados por el clima⁵⁶, ya que se toman, principalmente, en horas de mucho calor, cuando el sol está en su máximo esplendor; otra práctica para protegerse de las altas temperaturas es el uso de camisas de manga larga, gorras y sombreros. Trabajar en un clima caluroso implica un esfuerzo físico considerable y riesgos, por lo que las estrategias mencionadas actúan como mecanismos adaptativos de supervivencia en entornos de precariedad laboral.

C: Pues esos tiempitos, ya cuando andamos trabajando, pues yo así les digo, si tú tienes sed, tómate tu vasito, tómate un tiempito, y más cuando está el calor fuerte, más. Al ratito baje uno, luego baje otro, y a tomar agua y descansa un ratito, les doy sus tiempos también, pues, ahora sí que no estamos dedicados a puro trabajo y trabaje. Tenemos los tiempitos para, digamos, agarrar un respiro o un aire, ¿no? (MA09)

No obstante, mientras prácticas como protegerse del sol han sido normalizadas y generalmente aceptadas, el uso de equipo de protección (como

fajas o guantes) para prevenir lesiones y accidentes enfrenta la crítica y la burla. Esta última actúa como un mecanismo de control social y disciplinamiento que obstaculiza el autocuidado, razón por la cual varios participantes optan por no usar equipos (*cfr.* Foucault, 1992).

C: Entonces andas con ese este, con ese malestar y te daña, ¿no? tonces yo sí uso lentes, aunque mucha gente por ejemplo en la obra tradicional, son como que muy, no sé (inaudible) son muy machistas, porque ¡mira usa lentes! ¡mira! ¡usa cubrebocas pa' no ensuciarse.

C: Son como que estándares que manejan ellos, que se ríen entre albañiles ¡mira va a usar len-tes!

C: ¿No? tons como que se burlan y tú dices ¡jijo-le! tons te haces duro, dices no pus yo no uso lentes no... (O 02)

Durante estos espacios de descanso, también se consumen alimentos y bebidas tradicionalmente aceptados en el espacio del trabajo, como bebidas azucaradas (refrescos y jugos) y alimentos ricos en grasas y sal (botanas y galletas). Si bien es cierto que, desde la perspectiva de la salud pública dominante, estas prácticas no son las más adecuadas para la salud, varios participantes reconocen que, aunque no es lo ideal, estas elecciones les permiten soportar la carga diaria.

C: Comemos mucha azúcar, mi hijo y yo comemos mucha azúcar, ¿no?, si usted quiere nos mal pasamos, una vez que agarramos el trabajo, hasta, no más almorzamos y hasta las 7 u 8 de la noche venimos a comer, pero en ese lapso, tomamos coca, coca y galletas. Y es lo que comemos, mucho dulce y pues nos ayuda, nos da la energía, pero pues no es alimento. (MA10)

5 Díaz, Castro y Aranda (2015) construyeron un perfil de la mortalidad por golpe de calor tomando como caso el noroeste de México. Identificaron que los trabajadores del sector rural, varones con baja condición socioeconómica, bajo nivel educativo y sin acceso a prestaciones de salud, se encuentran en mayor vulnerabilidad y posibilidad de experimentar daños a la salud, como el golpe de calor.

6 Calvario y Díaz (2015) realizaron un esfuerzo por analizar las causas de muerte en los jornaleros agrícolas del Poblado Miguel Alemán (PMA) a partir de un análisis de género. Los investigadores cuestionaron la participación casi exclusiva de los varones en las labores del campo en la costa de Hermosillo, concluyendo que la vulnerabilidad social y la exposición diferenciada a los peligros configuran un determinado perfil de mortalidad que aumenta por el débil acceso a la seguridad social de los trabajadores.

Por otro lado, también se reconoce que adoptar prácticas alimentarias más saludables es desalentado por la burla de sus pares. Llevar agua o alimentos nutritivos al trabajo es mal visto, lo que refuerza patrones alimenticios poco saludables y limita el autocuidado.

C: Es raro que tú veas una persona que llegue con su botella de agua [...] con una fruta, en el trabajo. Es raro, ¿no? o sea y, y si llega así con su fruta o con su agua, tú te quedas o sea si es nuevo, te quedas así, ese cuate ¿qué? ¡ira! o sea te burlas, ¿no? Luego, luego empiezas [inaudible] ya te vas a comer tu manzanita o algo así (A02).

Estas prácticas de autocuidado están marcadas por el género y los significados sociales construidos alrededor de la identidad masculina. Las concepciones tradicionales de lo que implica “ser hombre” condicionan, limitan o posibilitan estas prácticas, priorizan la resistencia física y minimizan la atención a la salud personal y colectiva. Esta construcción de masculinidad hegemónica se traduce en relaciones de poder y jerarquía entre hombres, manifestadas a través de la burla, insultos, pruebas de valor, confrontación, competitividad, presión y violencia (*cf.*: Keijzer, 1997; Casas, 2018).

Autoatención en el contexto de la obra de construcción

La autoatención se refiere a las prácticas que las personas emplean para atender problemas de salud sin la intervención directa de profesionales sanitarios. En el caso de los albañiles, ubicamos estas prácticas en el ambiente de la obra de construcción, con el propósito de identificar los recursos y saberes de los que disponen para enfrentar la frecuente ocurrencia de accidentes laborales.

Lo que se observa es que, ante un problema de salud (mayoritariamente accidentes), los trabajadores realizan una evaluación inicial de la gravedad del suceso. El diagnóstico inicial se hace entre pares, seguido de uno colectivo: este puede implicar preguntar qué ocurrió, observar signos visibles como hinchazón, sangrado o dolor, sin embargo, quien toma la decisión de lo que se debe hacer es el responsable de la obra. Si la lesión es considerada grave, optan por llevar al compañero al hospital, contactar a familiares o solicitar una ambulancia.

C: Mmmm, pues es que es lo tradicional, no, siempre vas, corres, ¿cómo estás?, estoy mal, pues ya ves que tu ambulancia, siempre ambulancia, no hay otra palabra en la cabeza que no sea ambulancia, sí, ya llega la ambulancia, si lleva al herido y ya uno como representante de la obra, se sube y a la acompaña allá, para ver su estado, y ver los gastos, esa es la ayuda que se puede dar (MA07).

Por otro lado, cuando la lesión es evaluada como leve, en muchos casos “no hacen nada, se aguantan”.

E: Cuando se golpean así fuerte, ¿hay algo que hagan?

C: Pues si es un machucón fuerte, pues ahora sí que, si lo aguantaste, pues ya aguantaste ya no hay remedio, pues te aguantaste pues, ahí ya no hay remedio. Si aguantaste hasta ellos mismos dicen, no, no pasó nada... (MA09).

En otros casos, recurren a remedios transmitidos y empleados por generaciones en el ámbito de la construcción. Entre estas prácticas se encuentran pinchar con espinas o golpear la zona afectada para provocar sangrado, utilizar telarañas para

tratar cortaduras, raspaduras o incluso heridas más serias como “descalabradas”, así como el uso de trapos para detener el sangrado. También se practica la automedicación con medicamentos básicos como aspirinas para el dolor. Estas estrategias han sido incorporadas y acumuladas a lo largo de la trayectoria laboral y biográfica, y se perciben como funcionales, ya que han demostrado eficacia para atender accidentes como machucones, enterrarse un clavo, descalabradas y caídas, aunque algunos prefieren posponer la atención hasta llegar a casa.

C: ...o digamos me ha pasado que me doy uno en la uña, un marrazo, se pone negra, pero si hay espinas se meten a las uñas, ni el dolor se siente, se exprime uno todo y descansa porque si te dejas la sangre, así como está, está que punza y punza, y te metes eso y descansas, la exprime y ya, ya después ya nomás lo metes en agua con sal caliente. (MA05)

C: Sí, con una telaraña te puedes curar, una cortada, un raspón, hasta una descalabrada. (MA09)

Estos relatos reflejan una cultura de resistencia al dolor y adaptación a las circunstancias. En casos de golpes o heridas menores, los trabajadores tienden a minimizar el sufrimiento físico y emocional, y buscan soluciones rápidas para seguir con sus labores y evitar pérdida de tiempo e ingresos, donde parar implica no poder proveer a la familia o no ser tomados en cuenta para futuros trabajos (exclusión laboral).

La autoatención en la obra de construcción no son acciones puramente individuales, sino colectivas, ya que los compañeros suelen colaborar en la atención inicial y compartir saberes. El proceso de autoatención entre los albañiles combi-

na aspectos pragmáticos, culturales y colectivos que les permiten enfrentar accidentes laborales de manera inmediata, priorizando la continuidad del trabajo y utilizando recursos disponibles en su entorno (cfr. Aragón, 2012). Esto refleja una resistencia colectiva ante determinantes adversos, reforzando una cultura de “aguante” donde el cuerpo se subordina a la supervivencia diaria, aunque reproduce riesgos a largo plazo.

Por otra parte, en los relatos de los participantes se identifica el fenómeno del “paciente bien informado”. Este tipo de paciente se caracteriza por no seguir estrictamente las indicaciones médicas, ya sea porque cuenta con amplia información propia o porque ajusta el tratamiento según su experiencia con la enfermedad. Actualmente, es común que estos pacientes acudan a consulta para solicitar medicamentos específicos que conocen a través de internet y que expliquen al médico sobre estos productos si éste no está familiarizado con ellos (cfr. Menéndez, 2009). El siguiente testimonio evidencia cómo uno de los albañiles complementa el saber empírico con información que encuentra en páginas de internet, adaptándolos a su contexto y necesidades particulares.

C: Entonces, ya uno mismo va aprendiendo de varias cosas, también, cómo atenderse. O sea, lo que te digo, lo que era, hoy en día, pues es, ya te digo, el ajo.

E: Ajá, y antes.

C: En el tiempo de antes, pues no, casi no, lo que te digo es que casi era más seguro que fuera, te digo que yo compré, era directo de las pastillas, que yo sabía que me hacían y digo no, pues son estas. Entonces ya, pero ya cuando descubrí yo todo eso que vi en el internet, dije: no, pues ya con esto. (MA05)

La precariedad en el sector de la construcción se manifiesta en escasas garantías y derechos laborales, como informalidad y falta de protección sanitaria, determinada por políticas neoliberales que reducen costos a expensas de los trabajadores. Los albañiles alternan obras para sobrevivir, con ingresos insuficientes (1,500 pesos semanales para ayudantes) que no cubren necesidades básicas, subordinando el cuerpo a la productividad en un entorno de alto riesgo (lesiones, envejecimiento prematuro). Esto normaliza prácticas como ignorar accidentes y enfermedades para no parar el trabajo. La falta de seguridad social en este grupo de albañiles, donde solo 2 de 10 entrevistados tienen seguridad social, evidencia la exclusión mayoritaria de la seguridad social formal.

Ante esta carencia, las estrategias de autocuidado (descansos breves) y autoatención (remedios caseros, telarañas para heridas, automedicación) responden directamente a la falta de acceso, evitando hospitales saturados de la Secretaría de Salud (SSA) con largas esperas y burocracia. Se atienden en casa, en redes colectivas de pares, en consultorios adyacentes a farmacias (Farmacia del Ahorro o de Similares) o, en casos graves, en hospitales generales con profundas limitaciones.

E: ¿A qué tipo de médico vas o a dónde vas regularmente?

C: Pues uno busca lo más barato ¿no? o sea, voy a farmacia del Ahorro o al similares

C: Tons como que, en los hospitales, te tienen que ver muriéndote para que te atiendan entons tú vas a farmacia del Ahorro a farmacias similares donde hay médicos, y te atiendes sabes qué ¡ah! no pues es más rápido (O05)

Discusión

Cuando hablamos del proceso de trabajo con los protagonistas de este artículo, sus experiencias dan cuenta de las formas en las que día tras día se fundamenta al autocuidado y la autoatención como respuesta adaptativa a la precariedad laboral. Los resultados del presente estudio adquieren mayor profundidad al contrastarlos con algunas investigaciones en América Latina que ponen en evidencia que la flexibilización, precariedad, cuentapropismo e informalidad son realidades vigentes en este sector productivo de México y en otros países de la región, que tienen consecuencias negativas sobre la salud física y emocional.

En Venezuela, Bellorín et al. (*cf.* 2007) documentan que el 99% de los trabajadores de la construcción tiene contratos eventuales y el 77% no tiene prestaciones, generando lumbalgia en 50.6% y trastornos musculoesqueléticos en 67.4% de ellos, condiciones que son manejados mediante pausas autoconcedidas y automedicación para evitar exclusión laboral, patrón idéntico al “aguante” observado en Morelos, donde parar equivale a dejar de ser productivo y perder ingresos diarios esenciales.

En Colombia, Henao et al. (*cf.* 2020) confirman la gran dificultad de implementar estrategias de autocuidado en el sector informal y que la ausencia de equipos de protección personal impulsa la fabricación casera de accesorios para protegerse.

Mientras un estudio en Argentina y otro en Colombia coinciden con nuestro estudio al hacer referencia sobre cómo la precarización del trabajo de la construcción afecta la salud de los albañiles al estar expuestos a riesgos físicos y psicosociales por la naturaleza de su trabajo. Destacando las

consecuencias negativas de dicho ambiente sobre la calidad de vida y las posibilidades de llevar a cabo prácticas de autocuidado y autoatención.

De acuerdo con Benach et al. (*cf.* 2014), la importancia de conceptualizar la precariedad laboral como un determinante social de la salud continuo y multidimensional permite analizar sus efectos nocivos sobre la salud, los cuales se tornan más evidentes en el transcurso de la vida y de la trayectoria laboral, exacerbando la presencia de enfermedades crónicas como resultado de las desventajas acumuladas en las clases populares (*cf.* Willson et al., 2007).

La contribución de este trabajo radica en visibilizar cómo esta resistencia cotidiana automatizada en el *habitus* laboral (*cf.* Bourdieu, 2002) perpetúa morbilidad crónica, demandando políticas intersectoriales que integren saberes obreros en programas de salud ocupacional primaria. Tetela del Monte evidencia potencial transformador al reconocer prácticas normalizadas como base para rutas colectivas, superando la crisis de legitimidad biomédica (*cf.* Menéndez, 2009).

Así, el estudio trasciende lo local al identificar un patrón latinoamericano: autocuidado y autoatención como estrategias de supervivencia estructurales en economías informales, invitando a repensar la salud-enfermedad-atención desde la experiencia vivida de quienes sostienen la construcción regional con sus cuerpos.

Conclusiones

Desde la perspectiva crítica de la salud colectiva, este trabajo documenta cómo las prácticas de autocuidado y autoatención entre albañiles por cuenta propia emergen como estrategias colecti-

vas estructurales frente a determinaciones sociales múltiples: precariedad laboral, exclusión de la seguridad social y subordinación del cuerpo obrero a la reproducción económica informal. Lejos de ser improvisaciones individuales o descansos automatizados, revelan saberes que articulan resistencia cotidiana frente a un continuum de morbilidad acumulativa musculoesquelética, envejecimiento prematuro, enfermedades crónicas donde parar equivale a exclusión laboral inmediata. Ante estas condiciones, los trabajadores optan por las prácticas de autocuidado y, ante lesiones o problemas de salud, recurren a la autoatención. Si bien estas prácticas improvisadas pueden resultar funcionales a corto plazo, también pueden derivar en complicaciones severas, como infecciones por heridas mal atendidas o falta de vacunación.

Las condiciones inseguras de trabajo perpetúan un ciclo de vulnerabilidad en el que los albañiles deben asumir individualmente los costos físicos y económicos de los accidentes, lo que refuerza su situación precaria. La combinación de autoatención limitada, la presión por seguir trabajando y el acceso restringido a servicios de salud formales impacta de manera negativa en su bienestar físico y emocional a largo plazo.

La categoría de género se posiciona como determinante transversal que configura estas prácticas: la masculinidad hegemónica, incorporada en el *habitus* laboral, exalta el “aguante” como capital simbólico entre pares, donde usar equipo de protección (lentes, fajas), verbalizar dolor o llevar fruta genera burlas que asocian cuidado con feminidad y debilidad (“¡mira, usa lentes!”). Esta dinámica reproduce desigualdades interseccionales: jóvenes minimizan síntomas para ganar estatus, mientras la madurez marcada por el rol de proveedor fuerza revisiones médicas tardías, exacerbando daños en trayectorias vitales precarias.

Lo abordado en este artículo pone de manifiesto la urgencia de superar la narrativa biomédica de “ausencia de autocuidado masculino”, visibilizando estas agencias colectivas como respuesta a la crisis de legitimidad del saber médico hegemónico. Políticamente, demanda intersectorialidad transformadora: políticas ocupacionales primarias que integren saberes de los trabajadores, formalicen el uso de equipos de protección sin estigma de género, amplíen la seguridad social a cuentapropistas y reconfiguren significados masculinos hacia cuidado colectivo, rompiendo el ciclo precariedad, morbilidad y mortalidad.

Aunque este estudio está localizado en el poblado de Tetela del Monte, da cuenta de patrones regionales de economías informales latinoamericanas, posicionando la salud colectiva ante el desafío de priorizar género y clase en intervenciones que reconozcan el cuerpo de los albañiles no como lugar de riesgos ocupacionales, sino como productores vivos de saberes para equidad sanitaria estructural.

Referencias bibliográficas

- ARAGÓN, S. (2012). *Prácticas sociales y derechos laborales en el sector de la construcción de vivienda en México*. [Tesis doctoral]. El Colegio de México. <https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/bk128b24x?locale=es>
- AÑEZ, C. (2009). “Neoliberalismo y flexibilización de las relaciones laborales en América Latina”. *Multiciencias*, vol. 9, Núm. 2: 195-202. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90411687011>
- BALLESTEROS, K. (2019). “Trabajadores de la construcción, entre riesgos mortales y total precariedad laboral”. *Contra Línea*. <https://contralineacom.mx/interno/featured/trabajadores-de-la-construccion-entre-riesgos-mortales-y-total-precariidad-laboral/>
- BELLORÍN, M., SIRIT, Y., RINCÓN, C., y AMORTEGUI, M. (2007). Síntomas musculoesqueléticos en trabajadores de una empresa de construcción civil. *Salud de los Trabajadores*, 15(2), 89–98.
- BENACH, J. y MUNTANER, C. (2005). “Dónde están las causas”. En: *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- BENACH, J., VIVES, A., AMABLE, M., VANROELEN, C., TARAFA, G., y MUNTANER, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229–253. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- BOURDIEU, P. (2002). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Editorial Siglo XXI.
- CÁMARA MEXICANA DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN. (2024). *Accidentes en las construcciones, cada vez más aislados y atípicos*. <https://cmic.org20deentes-en-las-construcciones-cada-vez-mas-aislados-y-atipicos/> (consulta julio 20 de 2024)
- CASAS, J. (2018). *Autocuidado y masculinidad en los trabajadores albañiles de la ciudad de Hermosillo, Sonora: Altas temperaturas, riesgos laborales y significados*. [Tesis de maestría]. El Colegio de Sonora. <https://repositorio.colson.edu.mx/items/ceb326c1-5bb0-4a0d-b86f-43454e431f6f>

- CASTILLO, N. (2020). *Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa*. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social: ReL-MIS, (20), 7-18.
- PULIDO, M. y CUÉLLAR, R. (2015). “Trabajo, precariedad y salud”. En: Pacheco, C. (ed.) *Construyendo desde la economía de los trabajadores*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 99-111.
- DATAMÉXICO. (s.f.). *Albañiles, mamposteros y afines*. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/albaniles-mamposteros-y-afines> (consulta 28 de enero de 2023).
- KEIJZER de, B. (1997). *El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva, género y salud en el sureste de México*. <https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.pdf>
- FALCÓN, G. (2016). “Condiciones de trabajo y calidad laboral en el sector de la construcción civil de Lima Metropolitana”. *Revista del Instituto de Investigación de la Facultad de Minas, Metalurgia y Ciencias Geográficas*, vol. 19, Núm. 38: 35-41. <https://core.ac.uk/download/pdf/304894241.pdf>
- FOUCAULT, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- FREIDIN, B., KRAUSE, M., BALLESTEROS, M. S., y WILNER, A. D. (2022). Trabajo precario y cuidado de la salud en varones de clase popular en Buenos Aires, Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), Article 47295. <https://doi.org/10.15517/psm.v0i19.47295>
- HARO, A. (2000). “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En: Perdiguer, E. y Comelles, J. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 101-161.
- HARMAN, R. (1974). *Cambios médicos y sociales, en una comunidad maya Tzeltal*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- HOLANDA, W. (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- LAURELL, C. y MÁRQUEZ, M. (1983). *El desgaste obrero en México*. México: Era.
- LEÓN, L., NORIEGA, M. y MÉNDEZ, R. (2011). “El trabajo precario: origen de los daños a la salud en la industria de la construcción”. *Salud de los Trabajadores*, vol. 19, Núm. 2: 103-114. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382011000200002&lng=es&tlng=es
- LÓPEZ, A., BLANCO, J., GARDUÑO, M. A., GRANADOS, J. A., JARILLO, E., LÓPEZ, S., RIVERA, J. A. y TETELBOIN, C. (2011). “Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia”. En Eibenschutz, C., Tamez, S. y González, R. (comps.). *¿Determinación o determinantes sociales de la salud? Memoria del taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 253-273.
- MARGULIS, M. (1980). “Reproducción social de la vida y reproducción del capital”, *Nueva Antropología*, vol. 4, Núm. 14: 47-64.
- MAQUEDA, J. C. (2022). *Estoy fuerte me siento más enfermo cuando estoy en mi casa, que trabajando*. [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.
- MENÉNDEZ, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, vol. 1, Núm. 1: 9-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
- MENÉNDEZ, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. (2020). “Acciones marginadas y ninguneadas pero básicas: Coronavirus y proceso de autoatención”. *Ichan Tecolot*, vol. 31, Núm. 336. <https://ichan.ciesas.edu.mx/acciones-mar->

- ginadas-y-ninguneadas-pero-basicas-coronavirus-y-proceso-de-autoatencion/
- MORÁN, A. (2015). *Saberes maternos y padecimientos infantiles. Recursos de atención biomédicos y populares en el pedregal de Santo Domingo* [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.
- OVANDO-ALDANA, W., RIVERA-ROJO, C. y SALGADO-VEGA, M. (2021). “Características del empleo informal en México, 2005 y 2020”. *Papeles de Población*, vol. 27, Núm. 108: 147-184. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252021000200147
- PHILIPP, G. (2021). Estrategias precarizadoras del capital sobre las condiciones de trabajo en la industria de la construcción rosarina (Argentina): Un estudio antropológico de las flexibilidades arraigadas en la obra. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 5(11). <https://ojs.ceil-conicet.gov.ar/index.php/lat/article/view/794>
- RÍOS, G. y LÓPEZ, S. (2018). “Comprendiendo el cuidado y los cuidados: tipología del cuidado desde la salud colectiva”. En Jarillo Soto, C. y López Arellano, O. (eds.) *Salud colectiva en México: quince años del doctorado en la UAM*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 127-155.
- SÁNCHEZ, M., PÉREZ-MANRIQUEZ, B., GONZÁLEZ, G. y PEÓN-ESCALANTE, I. (2017). “Enfermedades actuales asociadas a los factores de riesgo laborales de la industria de la construcción en México”. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, vol. 63, Núm. 246: 28-39. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000100028
- WILLSON, A. E., SHUEY, K. M., y ELDER, G. H., JR. (2007). Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health. *American Journal of Sociology*, 112(6), 1886–1924. <https://doi.org/10.1086/512712>
- ZAMUDIO, P. y FIGUEROA, J. (2009). “Rosas, Carolina, Varones al son de la migración: Migración internacional y masculinidades de Veracruz a Chicago, México, CEDUA, El Colegio de México, 2008, 307 p.”, *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 24, Núm. 1: 249-265. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102009000100249&lng=es&tlng=es
- ZOLLA, C. (1983). “La medicina tradicional y la noción de recurso para la salud”. En Lozoya, X. y Zolla, C. (eds.) *La medicina invisible*. México: Folios Ediciones, 14-37.

Formación médica, diferencias y desigualdades en la atención materna: una mirada crítica a la gineco-obstetricia

Manuela Gutiérrez* • Liz Hamui Sutton**

RESUMEN

Este artículo examina cómo la formación médica en ginecología y obstetricia incide en la producción y reproducción de desigualdades en la atención materna dentro de dos hospitales públicos de la Ciudad de México. Desde una perspectiva crítica de la salud colectiva y a partir de un trabajo etnográfico que combina observación participante y entrevistas a profesionales en distintas etapas de su trayectoria, se analizan los aprendizajes explícitos e implícitos que configuran el habitus médico gineco-obstétrico. Los hallazgos expresan que la enseñanza médica está atravesada por jerarquías, sanciones simbólicas y materiales, así como por lógicas institucionales orientadas a la eficiencia, las cuales tienden a invisibilizar los derechos reproductivos y a naturalizar ciertas formas de violencia obstétrica. Se argumenta que, aunque los discursos institucionales promueven la humanización del parto y la atención con perspectiva de género, las prácticas cotidianas suelen reproducir desigualdades de género y clase. Este análisis evidencia la necesidad de replantear los procesos formativos y las políticas hospitalarias para garantizar una atención materna equitativa y culturalmente pertinente.

PALABRAS CLAVE: educación médica, gineco-obstetricia, desigualdades de género.

Medical education, differences, and inequalities in maternal care: a critical perspective on gynecology and obstetrics

ABSTRACT

This article examines how medical training in gynecology and obstetrics shapes the production and reproduction of inequalities in maternal care within two public hospitals in Mexico City. From a critical collective health perspective and based on ethnographic work combining participant observation and interviews with professionals at different stages of their careers, the study analyzes both explicit and

* Docencia e investigación. Correo electrónico: mg.manuela.gutierrez@gmail.com

** Profesora en Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: lizhamui@hotmail.com

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2025

Fecha de aceptación: 17 de marzo de 2026

implicit learning processes that configure the gyneco-obstetric medical habitus. The findings show that medical education is permeated by vertical hierarchies, symbolic and material sanctions, as well as institutional logics oriented toward efficiency, which tend to render reproductive rights invisible and to naturalize certain forms of obstetric violence. It is argued that, although institutional discourses promote the humanization of childbirth and gender-sensitive care, everyday practices often reproduce inequalities of gender and class. This analysis highlights the need to rethink training processes and hospital policies to ensure equitable and culturally relevant maternal care.

KEYWORDS: medical education, obstetrics and gynecology, gender inequalities.

Introducción

La salud materna constituye un campo privilegiado para analizar desigualdades sociales y de género, ya que en ella se cruzan dimensiones estructurales —como el acceso desigual a servicios, recursos y derechos— junto a dinámicas interpersonales en los espacios de atención. La literatura reciente muestra que las desigualdades en salud no solo se vinculan a factores económicos, sino a diferencias de género y étnicas, que impactan la calidad y el acceso a la atención médica (Almeida-Filho, 2020; Martínez y López, 2020). En muchos casos, los propios médicos sostienen que las mujeres no realizan de manera adecuada su control prenatal, atribuyéndoles la responsabilidad del desenlace de los embarazos, lo que invisibiliza los determinantes sociales y las barreras institucionales que condicionan sus trayectorias de cuidado.

El objetivo general de este artículo consiste en reflexionar de qué manera la formación médica en ginecología y obstetricia contribuye a la producción y reproducción de desigualdades en la atención materna en hospitales públicos de la Ciudad de México, a partir de los aprendizajes explícitos

e implícitos que configuran el habitus médico gineco-obstétrico.

En este marco, la formación médica en ginecología y obstetricia adquiere una relevancia central para comprender de qué manera se configuran las prácticas de atención. La diferencia entre una médica formada, como doula y otra sin esta formación ilustra la influencia que tienen las experiencias educativas y de socialización profesional en las formas de interacción con las pacientes: mientras la primera tiende a promover un acompañamiento más empático y centrado en la mujer, la segunda suele reproducir patrones autoritarios instituidos en la enseñanza hospitalaria. Estos patrones no son anecdóticos, sino que reflejan habitus médicos que la institución médica produce y legitima, con efectos directos en los modos de atención.

La literatura especializada ha documentado estas tensiones. Estudios sobre la formación médica expresan que, aunque el número de mujeres en medicina ha aumentado, persisten desigualdades en oportunidades profesionales y reconocimiento, lo

que afecta sus trayectorias de aprendizaje y desarrollo (Díaz y García, 2023). A su vez, estudios sobre *habitus* médico en la medicina muestran cómo la jerarquía y la disciplina modelan disposiciones que se reflejan en la práctica clínica cotidiana. En América Latina, la investigación sobre violencia obstétrica ha visibilizado cómo estas disposiciones pueden traducirse en maltrato, deshumanización y control sobre los cuerpos de las mujeres. A su vez, los análisis sobre la formación médica en México y la región destacan la persistencia de currículos biomédicos centrados en la patología y el control, más que en una perspectiva integral de salud materna con enfoque de derechos.

La atención materna y la formación médica en ginecología y obstetricia son procesos que se encuentran atravesados por dimensiones históricas, sociales, culturales y políticas que exceden el campo estrictamente biomédico. Desde la perspectiva de la salud colectiva, se entiende que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado se encuentran condicionados por los determinantes sociales de la salud —como el género, la clase social, el origen étnico y la condición migratoria—, y por las relaciones de poder que operan tanto en el ámbito institucional como en las interacciones clínicas (cfr. Breilh, 2013; Laurell, 1982).

En este contexto, la formación médica no es sólo un proceso de adquisición de competencias técnicas, sino un espacio de socialización profesional (Delvaux, 2013) en el cual se transmiten saberes, valores, jerarquías y normas implícitas que configuran un *habitus* (Bourdieu, 2007). Este *habitus* se produce y reproduce en ámbitos institucionales que asignan posiciones de prestigio, subordinación o exclusión, y que pueden reforzar desigualdades preexistentes en la sociedad.

La antropología médica crítica (cfr. Farmer, 2005; Kleinman, 1995) proporciona herramientas para comprender de qué manera las prácticas clínicas así como las políticas de salud operan en estructuras sociales más amplias, y cómo las nociones de “buena práctica” o “atención humanizada” pueden convivir con dinámicas de violencia estructural (Galtung, 1969). En el caso de la atención obstétrica, estas violencias se manifiestan en la forma de violencia obstétrica, definida como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, con un trato deshumanizado, abuso de medicalización y pérdida de autonomía en la toma de decisiones (Castro y Erviti, 2015). El estudio de las diferencias y desigualdades en la formación gineco-obstétrica requiere incorporar la perspectiva de género como categoría analítica transversal (Scott, 1986) para visibilizar cómo la organización del trabajo médico, la autoridad profesional y la distribución de responsabilidades clínicas reproducen patrones de dominación patriarcal.

A su vez, la interseccionalidad (Crenshaw, 1989) permite analizar cómo el género se entrelaza con otros ejes de desigualdad, como la clase, generando experiencias diferenciadas de atención para las mujeres usuarias de hospitales públicos. El concepto de poder disciplinario (Foucault, 1976) es útil para comprender de qué manera las instituciones hospitalarias performan conductas y saberes mediante sistemas de vigilancia, sanción y normalización, y cómo estas lógicas se incorporan en la identidad profesional del personal en formación. Esta combinación de marcos conceptuales —salud colectiva, *habitus*, antropología médica crítica, género e interseccionalidad— permite analizar con mayor profundidad las prácticas formativas y sus implicaciones para la equidad en la atención materna.

A diferencia de la mayoría de los estudios sobre violencia obstétrica, que priorizan la experiencia de las mujeres usuarias o la relación médico-paciente, este artículo propone desplazar la mirada hacia la formación del personal médico. El aporte principal aquí radica en analizar cómo las desigualdades en la atención materna no se producen sólo en el momento del encuentro clínico, sino que se gestan de manera previa durante los itinerarios formativos, en la residencia, en las jerarquías hospitalarias y en los aprendizajes explícitos e implícitos que configuran el *habitus* gineco-obstétrico. A partir de un enfoque etnográfico, el trabajo muestra cómo la socialización profesional reproduce —pero también tensiona— lógicas de control, tecnificación y autoridad, al tiempo que identifica fisuras vinculadas a marcos feministas y de derechos humanos que permiten reconfigurar las prácticas. Con ello, el artículo contribuye a comprender la formación médica como un espacio estratégico para intervenir estructuralmente en la producción de desigualdades en la atención materna.

Marco teórico

La salud materna refleja desigualdades sociales y de género de manera cruda. No se trata sólo de estadísticas sobre mortalidad o de protocolos clínicos: detrás de cada parto, de cada consulta prenatal, existen historias atravesadas por la clase social, el territorio y las condiciones en que una mujer arriba a un hospital. El embarazo y el nacimiento son momentos donde se condensan estructuras de poder más amplias, y donde las desigualdades se vuelven visibles en los cuerpos y en las experiencias de quienes buscan atención.

En este escenario, resulta central detenerse en quienes atienden: las y los ginecólogos y obste-

tras. La manera en que ejercen su práctica no surge de manera espontánea; está marcada por una trayectoria de formación que va más allá de lo técnico. La residencia, las guardias interminables, la jerarquía hospitalaria, el contacto con los cuerpos de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, todo ello performa un *habitus*, una forma de estar y de hacer en la sala de partos. Preguntarse por esa formación es preguntarse por cómo se transmiten valores, rutinas, formas de autoridad y así como silencios.

La literatura ofrece pistas para comprender este entramado. El concepto de *habitus* contribuye a observar de qué manera los médicos interiorizan disposiciones que después parecen naturales en su práctica cotidiana. Los estudios sobre violencia obstétrica en América Latina muestran cómo esas disposiciones se traducen, muchas veces, en prácticas que limitan la autonomía de las mujeres o reproducen relaciones de poder asimétricas. Y los trabajos en torno a la formación médica en la región señalan cómo los programas de especialización refuerzan jerarquías y un modelo de atención centrado en la autoridad del médico más que en el cuidado mancomunado.

Todo esto nos coloca frente a una pregunta: ¿cómo se configuran las prácticas de atención a la salud materna en los cruces entre desigualdad social, género y formación médica? Observar de cerca estos cruces no es solo un ejercicio académico, sino una forma de abrir grietas para reflexionar qué significa atender y cuidar en contextos signados por profundas desigualdades.

El recorrido por las trayectorias profesionales de ginecólogos y obstetras permite afirmar que la formación médica es un espacio decisivo en la configuración de las prácticas de atención materna.

Lo aprendido en las aulas, pero sobre todo en la residencia y en los hospitales, no se limita a conocimientos clínicos; también moldea formas de relación, estilos de autoridad y visiones sobre el cuerpo y la maternidad. Este conjunto de aprendizajes explícitos e implícitos conforma un hábitus que se despliega en las interacciones con las pacientes y en la organización de los servicios de salud. En este sentido, la atención obstétrica se convierte en un espejo de las desigualdades sociales y de género: en ella se materializan jerarquías históricas que colocan a las mujeres en una posición subordinada frente al saber médico y a las instituciones. Por ello, sería pertinente incorporar la perspectiva de género en la educación médica ya que permite visibilizar sesgos y preparar a los estudiantes para una práctica clínica más equitativa y sensible a las diferencias sociales (Ruiz Cantero, 2019).

El análisis muestra que la formación médica reproduce desigualdades de diversas maneras. En el plano curricular, el énfasis en la tecnificación del parto —inducido, monitorizado, intervenido— refuerza una visión del cuerpo femenino como un objeto de control y manipulación, más que como un sujeto de experiencia y decisión. En el plano implícito, las jerarquías hospitalarias, la cultura de obediencia y las dinámicas de disciplina consolidan un modelo de práctica centrado en la autoridad, donde la comunicación con la paciente ocupa un lugar secundario. Estas dinámicas no sólo organizan la práctica, también pueden interpretarse como formas de producción de subjetividad profesional, donde el poder disciplinario se internaliza y se reproduce en la relación clínica (*cfr. Foucault, 1976*). De este modo, se generan condiciones que favorecen la naturalización de procedimientos sin consentimiento informado, la minimización de la voz de las mujeres y la consolidación de estereoti-

pos de género. Este hallazgo coincide con lo señalado por investigaciones sobre violencia obstétrica en América Latina, que identifican la atención médica como un campo de tensiones entre derechos, poder y saber biomédico.

Sin embargo, limitar el análisis a la reproducción sería insuficiente. En las trayectorias analizadas también emergen experiencias que desafían el modelo hegemónico. Algunos profesionales, a partir de su contacto con discursos sobre derechos sexuales y reproductivos, de la influencia de los movimientos feministas o de la exposición a programas académicos innovadores, reinterpretan sus aprendizajes y transforman su práctica. Estas fisuras son relevantes porque muestran que la formación médica, aunque marcada por lógicas dominantes, no es un proceso homogéneo ni cerrado: es un terreno de disputa donde se entrecruzan la tradición biomédica, las exigencias institucionales y las demandas sociales por una atención más humana y equitativa.

Desde una perspectiva teórica, este estudio contribuye a complejizar el debate en torno al hábitus. Lejos de entenderlo como un conjunto de disposiciones inamovibles, se evidencia que está atravesado por tensiones y contradicciones que permiten su reconfiguración. La trayectoria profesional de cada médico u obstetra no es un camino lineal, sino un entramado de experiencias formativas, encuentros con pacientes, presiones institucionales y reflexiones personales que pueden abrir espacio para la innovación y el cambio. Este hallazgo dialoga con enfoques críticos en la sociología de la salud que insisten en mirar la práctica médica como un campo de relaciones de poder, pero también de agencia y transformación.

En el plano de las políticas de salud, los resultados sugieren la urgencia de intervenir en la formación médica para avanzar hacia un modelo de atención más justo. No basta con normativas que promuevan la humanización del parto si las lógicas de socialización hospitalaria continúan reforzando jerarquías y medicalización excesiva. Es necesario repensar los programas de especialización en ginecología y obstetricia desde un enfoque integral que combine la enseñanza técnica con la formación ética, relacional y de género. Esto implica incluir en los currículos espacios de reflexión sobre derechos humanos, consentimiento informado, comunicación con pacientes y respeto a la diversidad cultural, al mismo tiempo que se modifican las estructuras de la residencia para evitar la reproducción de dinámicas autoritarias y de violencia simbólica.

Este estudio aporta al campo de la salud materna al mostrar que las desigualdades no se producen sólo en el momento del parto ni en la relación médico-paciente, sino que se gestan desde los itinerarios formativos de quienes atienden. Reconocer este origen abre una vía para la incidencia: al transformar la formación, se puede incidir de manera estructural en las prácticas de atención. Así, se fortalece el puente entre el análisis académico, las demandas sociales por el respeto a los derechos reproductivos y las políticas públicas orientadas a garantizar una maternidad libre de violencia y desigualdad.

La formación médica en ginecología y obstetricia es un campo estratégico para comprender y transformar las desigualdades en la atención materna. Su análisis desde las trayectorias profesionales permite identificar tanto los mecanismos de reproducción como las fisuras que abren posibilidades de cambio. Atender a estas tensiones es fundamental para avanzar en la construcción de

un modelo de atención centrado en la autonomía, el cuidado y la equidad, donde la salud materna deje de ser un espejo de desigualdades y se convierta en un terreno de justicia social.

Metodología

Este estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo con perspectiva relacional, lo que implicó considerar distintos niveles analíticos para comprender la formación en ginecología y obstetricia en su complejidad. Más que buscar generalizaciones estadísticas, el propósito fue profundizar en las lógicas que estructuran la vida social en el ámbito médico y aportar miradas críticas que permitan problematizar categorías teóricas establecidas (Guber, 2004). Es así que la investigación se planteó como un ejercicio dialógico entre teoría y metodología: las decisiones metodológicas estuvieron ligadas a la matriz conceptual del estudio y al mismo tiempo fueron orientando el análisis a medida que se produjeron y sistematizaron los resultados.

El diseño adoptado fue cualitativo, con énfasis en el análisis de trayectorias y experiencias formativas de especialistas en ginecología y obstetricia. El interés por las trayectorias responde a una tradición de investigación que, desde la antropología, la historia y la sociología, ha puesto atención en la relación entre contextos sociales, estructuras institucionales e historias de vida. En esta línea, el análisis de trayectorias profesionales se convierte en un camino privilegiado para comprender cómo los procesos de enseñanza y socialización médica están inscritos en marcos institucionales y sociohistóricos específicos (Mallimaci y Giménez Beliveau, 2006; Elder, 1999).

El trabajo de campo consistió en realizar entrevistas semiestructuradas a actores clave en el proce-

so formativo, en particular coordinadores de programas de residencia, y especialistas en distintas etapas de su formación. La entrevista cualitativa, entendida como una conversación sistematizada (Sautu et al., 2005), permitió acceder a experiencias, percepciones y significados que los entrevistados han construido en torno a la práctica y la enseñanza de la ginecología y la obstetricia. Más que recoger información puntual, se trató de reconstruir memorias y relatos biográficos que revelan las tensiones y aprendizajes implícitos en el proceso formativo. El encuentro con los informantes fue concebido como un espacio de interacción en el que el lenguaje no solo transmite experiencias, sino que también las resignifica en el acto de narrarlas (Benadiba y Plotinsky, 2001; Vela Pelón, 2013).

El conjunto de datos se trabajó mediante un análisis de contenido temático, articulando una codificación inductiva y deductiva. Esto implicó, por un lado, dejar que surgieran categorías a partir de los relatos de los participantes y, por otro, contrastar estas categorías con los marcos teóricos sobre habitus profesional, formación médica y derechos reproductivos. El análisis se centró en identificar patrones, tensiones y contradicciones entre discursos y prácticas, con el fin de comprender cómo se configuran y reproducen ciertas lógicas en la enseñanza hospitalaria.

La investigación se condujo bajo estrictos principios éticos. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las entrevistas, y se resguardó el uso responsable de la información. Este cuidado fue relevante dado el carácter sensible de los testimonios y la posición jerárquica de algunos de los actores dentro de las instituciones.

Cabe mencionar que dentro de las limitaciones del estudio radican en su carácter cualitativo y en la focalización en dos hospitales públicos de la Ciudad de México, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los resultados. Sin embargo, se destaca la riqueza etnográfica de los datos, la cual permite dar luz a procesos estructurales y a dinámicas institucionales que son relevantes para comprender el campo en su conjunto.

El trabajo de campo se realizó en dos hospitales públicos de la Ciudad de México pertenecientes a la Secretaría de Salud y enfocados en la atención a la salud materna. Durante octubre-noviembre de 2024 se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas a personal médico vinculado con la ginecología y la obstetricia en diferentes etapas de su trayectoria profesional, incluyendo especialistas y actores con funciones de coordinación en programas de residencia.

Los hospitales fueron seleccionados por dos criterios principales: su pertenencia institucional a la Secretaría de Salud y su enfoque en la atención materno-infantil, lo que los convierte en espacios privilegiados para analizar los procesos formativos en ginecología y obstetricia en el sistema público. El primero es un Hospital Materno Infantil, de segundo nivel de atención, orientado a la atención materno-infantil que ofrece servicios gratuitos a población sin seguridad social, como parte de la red de unidades de apoyo de IMSS-Bienestar en la Ciudad de México. El segundo hospital, corresponde a un establecimiento de tercer nivel de atención, con mayor complejidad clínica y capacidad de referencia, también enfocado en la atención materna y vinculado a la Secretaría de Salud. Ambos fueron seleccionados también porque la institución brindó uno de los avales requeridos por el comité de ética para la realización de la investigación.

El trabajo etnográfico se desplegó en distintas áreas de los hospitales, incluyendo consulta externa, hospitalización y guardias, lo que permitió observar tanto los espacios de atención directa a las pacientes como los tiempos de formación, socialización profesional y toma de decisiones clínicas. Esta diversidad de escenarios facilitó la comprensión de las lógicas institucionales que atraviesan la práctica cotidiana y la enseñanza hospitalaria.

La selección de las personas entrevistadas fue de tipo intencional y por disponibilidad en campo. Se entrevistó al personal que se encontraba presente durante las jornadas de observación y que aceptó participar de manera voluntaria en la investigación. Este criterio permitió captar experiencias situadas en tiempo real, así como relatos vinculados con las dinámicas concretas del servicio, las guardias y los procesos de atención. Más que buscar representatividad estadística, el interés estuvo puesto en reconstruir trayectorias profesionales y experiencias formativas que dieran cuenta de los aprendizajes explícitos e implícitos que configuran el habitus médico gineco-obstétrico.

Las entrevistas semiestructuradas abordaron ejes como: la trayectoria formativa, la experiencia durante la residencia, las jerarquías institucionales, la relación con las pacientes, la incorporación —o ausencia— de la perspectiva de género y derechos reproductivos, así como las tensiones entre protocolos, productividad y acompañamiento clínico. Estos relatos se articularon con los registros de observación para analizar cómo los procesos de socialización profesional se inscriben en ámbitos institucionales específicos y producen determinadas formas de atención materna.

La posición de la investigadora como externa al campo médico influyó tanto en el acceso como

en las resistencias observadas, las cuales son consideradas también como parte del material analítico.

Resultados

Los hallazgos muestran que la formación en ginecología y obstetricia se estructura sobre jerarquías verticales que se internalizan desde los primeros años de residencia. “Aprender a ser gineco-obstetra” implica atravesar un proceso de socialización profesional mediado por sanciones simbólicas y materiales: regaños públicos, humillaciones frente a colegas y, en algunos casos, la exclusión de oportunidades de aprendizaje clínico. Estas dinámicas disciplinarias no sólo organizan la vida cotidiana hospitalaria, sino que producen disposiciones profesionales que luego se reproducen en la relación con las pacientes, legitimando un orden autoritario en la práctica clínica.

Un médico de 55 años ilustra estas lógicas al narrar que el acceso a la práctica quirúrgica estaba condicionado por rituales de subordinación:

“Antes, si querías operar, tenías que llevarle comida al maestro. Decían: ‘¿Cómo quieren operar si no me han traído ni el desayuno?’. Entonces, antes de la cirugía poníamos mesas con quesadillas, frijoles, café... como un banquete, y así ya nos dejaban pasar a operar”.

Este tipo de experiencias no sólo transmiten conocimientos técnicos, sino también formas de relación basadas en la obediencia, la dependencia y la naturalización del poder jerárquico.

El análisis de las trayectorias profesionales permite observar cómo la residencia opera como una experiencia de socialización intensiva que va moldeando identidades, sensibilidades y prácti-

cas. Las y los participantes describen este período como un momento fundacional caracterizado por jornadas prolongadas, aprendizaje bajo presión y una estructura rígida donde el error se sanciona y la obediencia se valora. En este tránsito no sólo se adquieren competencias clínicas, sino también esquemas de percepción y acción: cuándo intervenir, a quién escuchar, cómo ejercer autoridad y qué emociones son legítimas en el espacio hospitalario. La repetición cotidiana de estas prácticas produce un *habitus* gineco-obstétrico orientado al control del riesgo, a la estandarización del cuerpo gestante y a la subordinación de la experiencia de las mujeres frente a la lógica institucional.

No obstante, las trayectorias no son homogéneas. Se observan diferencias vinculadas a la posición en la jerarquía hospitalaria, al género, a la generación profesional y a los capitales simbólicos adquiridos fuera de la formación biomédica. Algunas médicas y médicos que transitaban por espacios feministas, cursos de derechos reproductivos o prácticas de acompañamiento al parto relatan tensiones con la cultura hospitalaria dominante. En sus narrativas aparece una incomodidad frente al trato despersonalizado, la rapidez de las decisiones y la normalización del sufrimiento como parte del aprendizaje. Estas experiencias permiten identificar fisuras dentro del campo médico, donde se disputan sentidos sobre qué significa “atender bien” un parto y donde se ensayan formas alternativas de relación con las mujeres.

A estas dinámicas se suma el peso de las lógicas institucionales de eficiencia. El personal en formación se ve presionado a priorizar la rapidez y el cumplimiento de protocolos rígidos por sobre la calidad relacional de la atención. Los procesos burocráticos atraviesan la práctica cotidiana y generan desgaste, como expresa un entrevistado:

“Estoy aquí ahora con la cuestión pública y es bonito, pero esos problemas de burocracia... eso es lo que no me gusta. Tanta burocracia” (Raúl, 69).

La necesidad de solicitar autorizaciones, llenar formularios o cumplir metas de productividad reduce los tiempos de escucha y acompañamiento, desplazando la dimensión relacional del cuidado. En este marco, los derechos reproductivos aparecen poco integrados a la enseñanza médica. La formación se mantiene centrada en un paradigma biomédico-técnico, con escasa incorporación de la perspectiva de género. Esto refuerza una práctica orientada al control del cuerpo y de las decisiones más que al acompañamiento de los procesos de salud. Un entrevistado sostiene:

“Hay pacientes que están tranquilas y otras que con una contracción chiquita se ponen como locas... algunas tienen muy bajo el umbral al dolor” (Mario, 55).

Esta narrativa evidencia disposiciones aprendidas que minimizan la experiencia subjetiva del parto y legitiman un trato poco empático hacia las mujeres. La violencia obstétrica emerge así como un aprendizaje implícito dentro de la residencia. Episiotomías rutinarias, tactos múltiples y procedimientos sin consentimiento informado son transmitidos como prácticas normalizadas, bajo el argumento de que “así se aprende” y “así se ha hecho siempre”. Una entrevistada relata:

“Un médico privado me dijo: ‘No te preocupes cómo queda dentro, lo importante es que afuera se vea bonita la cicatriz’” (Laura, 63).

Estas enseñanzas muestran cómo se incorporan criterios estéticos y de control del cuerpo femeni-

no que no siempre consideran la autonomía ni la vivencia de las mujeres. Estas prácticas conviven con un discurso institucional que promueve la “humanización del parto”, generando una tensión entre los lineamientos formales y las rutinas hospitalarias cotidianas. Asimismo, durante el trabajo de campo se registraron resistencias del personal médico hacia la investigación social, lo que puso en evidencia jerarquías de saber que privilegian el conocimiento biomédico por sobre otros enfoques. Estas resistencias constituyen también un hallazgo empírico, pues expresan un *habitus* que legitima ciertas formas de conocimiento y margina aquellas que podrían cuestionar o enriquecer la práctica clínica desde una perspectiva crítica y de derechos.

Estas dinámicas no repercuten de un modo uniforme en todas las mujeres, la formación médica reproduce desigualdades interseccionales en el trato según clase social, origen y capital cultural. Mientras que algunas usuarias con mayor escolaridad logran, en ciertos casos, negociar decisiones clínicas, las mujeres indígenas, migrantes o de sectores populares enfrentan mayores niveles de control, desconfianza y maltrato. De este modo, la formación gineco-obstétrica no sólo produce un *habitus* profesional, sino que también contribuye a sostener desigualdades estructurales más amplias en la atención materna.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la formación médica en ginecología y obstetricia en hospitales públicos de la Ciudad de México no constituye un proceso neutral de transmisión de competencias técnicas, sino un espacio de producción de jerarquías, desigualdades y formas de violencia simbólica que atraviesan tanto a quie-

nes se forman como a las mujeres que reciben atención. La residencia no sólo enseña a diagnosticar o intervenir, sino que configura disposiciones profesionales que articulan autoridad médica, control del cuerpo femenino y subordinación de la experiencia de las pacientes. En este sentido, la desigualdad en la atención materna no se origina únicamente en la interacción médico-paciente, sino que se gesta previamente en los itinerarios formativos y en las lógicas institucionales que organizan la enseñanza clínica.

Nuestros hallazgos dialogan con los trabajos clásicos de Becker et al. (1961) y Bosk (1979), quienes mostraron que el aprendizaje hospitalario se encuentra atravesado por la cultura organizacional y las jerarquías rígidas. Sin embargo, el análisis del campo gineco-obstétrico permite agregar que esta socialización no sólo produce obediencia profesional, sino también disposiciones específicas hacia el cuerpo gestante. En los hospitales estudiados, la autoridad médica se ejerce sobre un cuerpo femenino concebido como objeto de intervención y entrenamiento, lo que transforma a las pacientes en soportes pedagógicos antes que en sujetos de derecho. Así, aprender a “ser gineco-obstetra” implica priorizar ciertos saberes técnicos por encima de la escucha, la negociación y el reconocimiento de la experiencia de las mujeres.

En consonancia con lo documentado por Hamui Sutton (2014a), la formación se estructura a partir de relaciones verticales entre adscritos, residentes y estudiantes, donde predominan lógicas disciplinarias más que reflexivas. Nuestras entrevistas muestran que las sanciones simbólicas –regaños públicos, humillaciones, exclusión de oportunidades clínicas– funcionan como mecanismos de regulación que modelan no sólo la práctica mé-

dica, sino también sensibilidades profesionales. En este marco, la obediencia y la eficacia técnica adquieren mayor valor que la deliberación ética o la atención centrada en la paciente, reproduciendo un estilo de ejercicio profesional que luego se proyecta en la atención materna cotidiana.

Desde una perspectiva de género, los aportes de Katz Rothman (1982, 1991) y Emily Martin (1987) permiten comprender cómo el embarazo y el parto han sido en la medicalizados bajo lógicas de control sobre el cuerpo femenino. Nuestros hallazgos expresan que esta medicalización no es únicamente un rasgo del modelo asistencial, sino también un aprendizaje incorporado durante la formación. Las prácticas observadas —tactos reiterados, intervenciones rutinarias, minimización del dolor, lenguaje centrado en el riesgo— evidencian que el énfasis tecnológico desplaza la autonomía de las mujeres y reconfigura el parto como un evento a ser gestionado más que vivido. En este sentido, como plantea Rayna Rapp (1999), se profundiza la asimetría entre el saber experto y la experiencia femenina, donde la voz de las pacientes pierde legitimidad frente al discurso biomédico.

La crítica de Freidson (1970) sobre la “dominación profesional” permite ampliar esta lectura al mostrar que el poder médico no se ejerce únicamente en la relación clínica, sino que se reproduce en las propias lógicas de formación hospitalaria. En los hospitales-escuela analizados, la autoridad se legitima a través del control del conocimiento, del tiempo y del cuerpo de las pacientes, pero también del cuerpo y la subjetividad de quienes se forman. A ello se añade la noción de iatrogenia cultural propuesta por Illich (1975), que es útil para comprender de qué modo las mujeres delegan progresivamente su experiencia reproductiva

a un sistema vertical y poco sensible, produciendo una pérdida de autonomía que se naturaliza durante el proceso formativo.

En el contexto mexicano, los trabajos de Elu de Lenero (2002) y Laurell (1994, 2016) han mostrado cómo el sistema de salud reproduce desigualdades de género y clase. Nuestros resultados permiten observar cómo esas desigualdades se actualizan en espacios de enseñanza clínica, donde las usuarias de servicios públicos son frecuentemente interpretadas como “casos” o “objetos de aprendizaje”. Tal como señalan García y de Oliveira (2006), la atención a la salud reproductiva se encuentra estratificada por clase social y pertenencia étnica; en este estudio se evidencia que dicha estratificación se entrelaza con la lógica pedagógica hospitalaria, generando tensiones entre el derecho a la salud y la función docente de los hospitales públicos.

Investigaciones recientes de Charvel (2018) y Ortiz Monasterio (2019) destacan la necesidad de articular la formación médica con una perspectiva de derechos. Nuestros hallazgos refuerzan esta línea al mostrar que las habilidades humanísticas, éticas e interculturales no ocupan un lugar central en la enseñanza de la gineco-obstetricia. Como plantea Hamui Sutton et al. (2014b), el vínculo auténtico con la paciente requiere entrenamiento específico; sin embargo, en los espacios observados, la presión asistencial y la jerarquía institucional limitan la posibilidad de construir relaciones clínicas basadas en el reconocimiento, la empatía y la singularidad de cada experiencia reproductiva.

Desde este enfoque, la formación en ginecología y obstetricia aparece como un espacio de disputa donde se producen y reproducen desigualda-

des de género, clase y poder. No se trata sólo de transmitir saberes técnicos, sino de modelar identidades profesionales que naturalizan determinadas formas de mirar, tocar e intervenir los cuerpos de las mujeres. Como corolario, las prácticas que después son problematizadas como violencia obstétrica encuentran parte de su origen en procesos tempranos de socialización médica.

Este estudio contribuye a desplazar la mirada desde la interacción médico-paciente hacia la formación profesional como dimensión estructural de la desigualdad en la atención materna. Reconocer que la violencia simbólica y las jerarquías se gestan en los espacios de enseñanza abre la posibilidad de repensar la educación gineco-obstétrica hacia un modelo que coloque en el centro no sólo la eficiencia clínica, sino también la autonomía, la experiencia y los derechos de las mujeres. Es por ello que transformar la atención materna implica necesariamente transformar las condiciones sociales, pedagógicas y éticas bajo las cuales se forman quienes la ejercen.

Conclusiones

Este estudio permite comprender que la formación en ginecología y obstetricia constituye un espacio estratégico en la producción y reproducción de desigualdades en la atención materna. Lejos de limitarse a la adquisición de competencias técnicas, los procesos formativos configuran disposiciones y prácticas que se inscriben en un entramado institucional atravesado por jerarquías, disciplinas y presiones organizacionales orientadas a la eficiencia. En este contexto, los aprendizajes explícitos e implícitos que estructuran el habitus médico tienden a naturalizar modos de intervención que, aun cuando se presentan como clínicamente necesarios, pueden vulnerar

la autonomía y los derechos reproductivos de las mujeres.

La socialización profesional observada privilegia la tecnificación del parto y el control del cuerpo femenino por sobre el acompañamiento respetuoso y la construcción de vínculos clínicos basados en el reconocimiento de la experiencia de las pacientes. De este modo, la atención materna se organiza bajo una racionalidad biomédica que jerarquiza el saber experto y subordina la dimensión subjetiva, relacional y cultural del proceso reproductivo. Sin embargo, el análisis también muestra la existencia de fisuras en el modelo hegemónico: ciertas trayectorias profesionales atravesadas por marcos feministas, enfoques de derechos o experiencias formativas alternativas evidencian que el habitus médico no es un dispositivo cerrado, sino un campo en disputa susceptible de ser reconfigurado mediante procesos de reflexión crítica y transformaciones institucionales.

En esa línea, el estudio contribuye a los debates contemporáneos sobre salud materna al desplazar la mirada desde el momento del parto hacia los itinerarios de formación como dimensión estructural de la desigualdad en la atención. Las prácticas que suelen ser problematizadas como violencia obstétrica no emergen de manera aislada, sino que se gestan en contextos pedagógicos y organizacionales que modelan formas específicas de ver, interpretar e intervenir los cuerpos de las mujeres. Transformar la formación médica se vuelve, por tanto, un punto estratégico de incidencia para avanzar hacia una atención materna equitativa, culturalmente pertinente y socialmente justa.

Desde esta perspectiva, resulta necesario repensar los programas de especialización en ginecología y obstetricia no sólo en términos de actualización técnica, sino también en relación con la

incorporación sistemática de una formación ética, relacional e intercultural. Ello implica revisar críticamente las jerarquías hospitalarias, los dispositivos de evaluación y las dinámicas pedagógicas que organizan la residencia médica, de modo que la excelencia clínica no se construya a costa de la autonomía, la dignidad y los derechos de las mujeres.

Las implicaciones del estudio se despliegan en distintos planos. En el ámbito formativo, se evidencia la pertinencia de rediseñar los programas de residencia incorporando de manera transversal la perspectiva de género, los derechos humanos y la comunicación clínica con las pacientes. En el plano institucional y político, los hallazgos refuerzan la necesidad de revisar las políticas hospitalarias y educativas para garantizar una aten-

ción materna respetuosa, culturalmente situada y libre de prácticas que reproduzcan relaciones de dominación.

En futuras investigaciones se podría ampliar el análisis hacia otros subsistemas de salud –como el IMSS, el ISSSTE o los hospitales comunitarios– e incorporar la mirada de otros actores del proceso de atención materna, como enfermeras, parteras profesionales y personal administrativo. A la vez, es relevante explorar de qué manera los movimientos sociales y feministas inciden en la formación médica, produciendo nuevos marcos de sentido y prácticas alternativas que tensionan el modelo biomédico dominante y abren posibilidades de transformación en la atención a la salud reproductiva.

Referencias Bibliográficas

- ALMEIDA-FILHO, N. (2020). *Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas*. *Revista de Saúde Pública*, 16, e2751. <https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2751>
- ÁLVAREZ-GAYOU, R. (2010). *Educación sexual y derechos reproductivos en México*. México: Paidós.
- BECKER, H. S., GEER, B., HUGHES, E. C., y STRAUSS, A. L. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.
- BENADIBA, L., y PLOTINSKY, D. (2001). *La entrevista como herramienta pedagógica y de investigación*. Buenos Aires: Aique.
- BOSK, C. L. (1979). *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago: University of Chicago Press.
- BOURDIEU, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BOURGES, H., y VIESCA TREVIÑO, C. (2000). *Ética médica en la formación profesional*. México: UNAM.
- BREILH, J. (2013). *La determinación social de la salud y la pandemia del COVID-19*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- CASTRO, R., y ERVITI, J. (2015). *Violencia obstétrica en México: resultados de una encuesta nacional*. México: UNAM/CRIM.
- CHARVEL, S. (2018). La judicialización de la salud en México: implicaciones para el acceso y la equidad. *Salud Pública de México*, 60(1), 57–63.
- CRENSHAW, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- DELVAUX, H. (2013). *Socialización profesional y prácticas médicas: una mirada desde la antropología*.

- logía médica. México: UNAM.
- ELDER, G. H. (1999). *Children of the Great Depression: Social change in life experience*. Boulder: Westview Press.
- ELU DE LENERO, M. C. (2002). *Maternidad y salud en México: entre el hospital y la comunidad*. México: El Colegio de México.
- FARMER, P. (2005). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- FOUCAULT, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- FREIDSON, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- GALTUNG, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
- GARCÍA, B., y DE OLIVEIRA, O. (2006). *Trabajo y vida familiar en México en el fin de siglo*. México: El Colegio de México.
- GONZÁLEZ, R., y PÉREZ, M. (2022). “Desigualdad de género y medicalización de la salud mental”. *Revista de Salud Mental*, 45(3), 123–135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9160668/>
- GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, P. (2015). “Modelos de atención materna en México: desafíos para la inclusión intercultural”. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 57(2), 102–110.
- GUBER, R. (2004). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- HAMUI-SUTTON, A. (2014a). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*.
- HAMUI, A., HERNÁNDEZ, F., GUTIÉRREZ, S., CASTRO, S., LAVALLE, C., y VILAR, P. (2014b). “Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes”. *Gaceta Médica de México*, 150(2), 144–153.
- KATZ ROTHMAN, B. (1982). *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: Norton.
- KATZ ROTHMAN, B. (1991). *Recreating Motherhood*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- KLEINMAN, A. (1995). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- LAURELL, A. C. (1982). *El estudio social de la salud: una perspectiva latinoamericana*. México: Siglo XXI.
- LAURELL, A. C. (1994). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 69, 3–13.
- LAURELL, A. C. (2016). “La política de salud en México: del neoliberalismo al universalismo segmentado”. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 21(33), 13–38.
- MALLIMACI, F., y GIMÉNEZ BELIVEAU, V. (2006). Historias de vida y método biográfico. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 177–209). Barcelona: Gedisa.
- MARTIN, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- MARTÍNEZ, J., y LÓPEZ, S. (2020). “Desigualdad social y género: fundamentos teóricos”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), 112–125.
- ORTIZ MONASTERIO, M. (2019). Retos de la enseñanza médica en México: ética, derechos y salud intercultural. *Gaceta Médica de México*, 155(2), 137–144.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2021). *Análisis de género y salud: experiencias y estudios durante la pandemia de COVID-19*. OPS.

- RUIZ CANTERO, M. T. (2019). *Perspectiva de género en medicina*. Instituto de Ciencias Médicas de Barcelona.
- SAUTU, R., BONIOLO, P., DALLE, P., y ELBERT, R. (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO.
- SCOTT, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075.
- VELA PELÓN, M. (2013). *La entrevista cualitativa: un espacio de producción de sentido*. México: UAM.

Reforma de salud en Chile, segmentación e inequidad: balance crítico de políticas sanitarias neoliberales (2000-2030)

Camilo Bass del Campo*

RESUMEN

Desde la década del 2000, las políticas sanitarias implementadas en Chile, particularmente el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES) y las sucesivas estrategias nacionales, han sido presentadas como avances hacia la equidad y la universalización. Este estudio evalúa críticamente dichas reformas entre 2000 y 2020, junto con las orientaciones de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, desde la perspectiva de la salud colectiva y la epidemiología crítica. Se utilizó un diseño mixto secuencial explicativo que combinó análisis documental de políticas y evaluaciones oficiales con el examen de datos de las Encuestas Nacionales de Salud, con énfasis en brechas según nivel educacional. Los resultados evidencian cumplimiento limitado de metas sanitarias, aumento de retrocesos en 2011-2020 y persistencia (e incluso ampliación) de desigualdades en enfermedades crónicas y esperanza de vida. El AUGE/GES operó como mediación institucional que reorganizó provisión y financiamiento sin alterar la arquitectura dual público-privada, estabilizando la segmentación estructural bajo una gramática de garantías explícitas. La Atención Primaria de Salud, pese a su centralidad declarada, permaneció debilitada por financiamiento insuficiente, municipalización fragmentada y limitada longitudinalidad. Se concluye que la reforma no transformó la segmentación estructural del sistema y mantiene la lógica de inequidad y la transferencia sostenida de recursos hacia el sector privado. Superar la crisis del sistema sanitario chileno exige modificar las mediaciones institucionales que sostienen la segmentación y avanzar hacia un sistema universal, público y solidario, financiado progresivamente y con participación social vinculante.

PALABRAS CLAVE: reforma sanitaria; AUGE/GES; segmentación estructural; inequidades en salud; determinación social; atención primaria.

* Profesor de la Universidad de Chile y de la Universidad de O'Higgins.
Correo electrónico: camilobass@yahoo.com/ camilobass@gmail.com

Fecha de recepción: 17 de septiembre de 2025
Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2026

Health Reform in Chile, Segmentation and Inequality: A Critical Assessment of Neoliberal Health Policies (2000–2030)

ABSTRACT

Since the 2000s, health policies implemented in Chile (particularly the Explicit Health Guarantees Regime (AUGE/GES) and successive national health strategies) have been presented as steps toward equity and universalization. This study critically evaluates these reforms between 2000 and 2020, together with the guidelines of the 2021–2030 National Health Strategy, from the perspective of collective health and critical epidemiology. A sequential explanatory mixed-methods design was used, combining documentary analysis of policies and official evaluations with the examination of data from the National Health Surveys, with emphasis on educational-level disparities. The findings reveal limited fulfillment of health goals, an increase in setbacks during 2011–2020, and the persistence (and even widening) of inequalities in chronic diseases and life expectancy. AUGE/GES operated as an institutional mediation that reorganized service provision and financing without altering the public–private dual architecture of the system, thereby stabilizing structural segmentation under a framework of explicit guarantees. Primary Health Care, despite its declared centrality, remained weakened by insufficient funding, fragmented municipal administration, and limited longitudinal continuity of care. The study concludes that the reform did not transform the system's structural segmentation and continues to sustain a logic of inequality and ongoing transfer of public resources to the private sector. Overcoming the structural crisis of the Chilean health system requires transforming the institutional mediations that sustain segmentation and advancing toward a universal, public, and solidarity-based system financed through progressive taxation and supported by binding social participation.

KEYWORDS: health reform; AUGE/GES; structural segmentation; health inequalities; social determination of health; primary health care.

Introducción

Durante las últimas décadas, el sistema de salud chileno ha estado marcado por un proceso de reforma que, si bien se ha presentado bajo la narrativa de garantizar derechos, mejorar la equidad y promover la salud, ha operado dentro de los marcos del modelo neoliberal instaurado durante la dictadura cívico-militar. Lejos de constituir una ruptura con la lógica mercantil, esta reforma ha

profundizado la segmentación estructural, perpetuando la desigualdad en el acceso y los resultados en salud, y subordinando el derecho a la salud a las reglas del mercado (Bass, 2021). Es importante subrayar que Chile exhibe buenos indicadores promedio de salud, que suelen ser presentados como evidencia de éxito. Sin embargo, estos promedios enmascaran profundas inequidades.

La implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), conocido originalmente como AUGE, en 2005, fue presentada como una medida innovadora para asegurar acceso universal, oportuno y de calidad a un conjunto acotado de patologías priorizadas (Lenz, 2007). Esta reforma se complementó con instrumentos estratégicos como los Objetivos Sanitarios Nacionales 2000-2010, el Plan Nacional de Salud 2011-2020 y la actual Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, los cuales declararon metas orientadas a reducir brechas y enfrentar las inequidades sociales en salud (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2002, 2010b, 2021).

Sin embargo, la evidencia acumulada indica que estas estrategias no han logrado alterar de manera sustantiva la matriz de desigualdad que organiza el sistema sanitario chileno. Por el contrario, el AUGE/GES ha operado como un mecanismo de priorización tecnocrática que, en lugar de fortalecer la capacidad resolutoria del sistema público, ha derivado en una canalización significativa de recursos al sector privado, consolidando un modelo dual, selectivo y gerencialista (Bass, 2025; Parada-Lezcano y Bass, 2020). Lejos de avanzar hacia la universalización integral del derecho a la salud, se ha institucionalizado un acceso diferenciado para ricos y pobres, determinado por el tipo de previsión de salud (FONASA o ISAPRE), el lugar de residencia, el nivel educativo y otras dimensiones de estratificación social.

La estructura segmentada del sistema (basada en un financiamiento dual y en la coexistencia de prestadores públicos y privados que compiten por recursos fiscales) ha generado profundas inequidades en la calidad y oportunidad de la atención. Mientras FONASA cubre al 84% de la población con menor poder adquisitivo, las ISAPRE

atienden a los sectores de mayores ingresos, garantizando prestaciones más expeditas. Esta segmentación se refleja en indicadores alarmantes: en Santiago, la diferencia en esperanza de vida entre mujeres de diferentes estratos socioeconómicos alcanza los 17,7 años (Bilal et al., 2019). Las enfermedades crónicas, la mortalidad prematura y los problemas de salud mental afectan desproporcionadamente a los sectores populares, revelando el fracaso estructural de las políticas para modificar la determinación social de la salud (Bass, 2025; Comisión Nacional de Productividad, 2022).

La Atención Primaria de Salud (APS), reconocida internacionalmente como la estrategia más costo-efectiva para mejorar indicadores poblacionales (OMS, 1978), ha sido debilitada en Chile en su rol estructurante. La municipalización, el bajo presupuesto per cápita, la precarización del trabajo sanitario y la ausencia de una política robusta de desarrollo del talento humano han limitado gravemente su capacidad de respuesta. La cobertura efectiva y la longitudinalidad de la atención están lejos de ser garantizadas, especialmente en los sectores más desfavorecidos, donde se concentran las mayores necesidades sanitarias (Bass, 2021, 2025).

El análisis de las políticas sanitarias en Chile se inscribe en un debate más amplio entre dos tradiciones conceptuales. Por un lado, el enfoque de los determinantes sociales de la salud promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), que reconoce la influencia de factores sociales y económicos en los perfiles epidemiológicos, pero tiende a desagregarlos en variables aisladas y a privilegiar respuestas tecnocráticas de gestión. Por otro lado, la tradición latinoamericana de la determinación social de la salud, desa-

rollada desde la medicina social y la epidemiología crítica, concibe la salud y la enfermedad como procesos históricos configurados por relaciones estructurales de poder. Breilh (2003, 2013), Laurell (2014, 2016) y Almeida-Filho (2006) han sostenido que las inequidades en salud no constituyen anomalías del sistema, sino expresiones estructurales de formas interdependientes de dominación de clase, género y etnia. Desde esta perspectiva, la reforma sanitaria chilena post-2000 debe analizarse en el marco de un modelo neoliberal que mercantiliza la salud y consolida la segmentación entre subsistemas, antes que como una simple secuencia de ajustes técnicos orientados a mejorar indicadores.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, las políticas públicas no constituyen variables externas ni meros instrumentos técnicos de gestión, sino mediaciones históricas e institucionales a través de las cuales se reproducen (o eventualmente se transforman) las relaciones sociales que producen enfermedad. En este sentido, los arreglos institucionales, los dispositivos de aseguramiento, los mecanismos de financiamiento, los sistemas de metas sanitarias y la organización del trabajo en salud operan como mediaciones concretas entre la estructura social y los perfiles epidemiológicos observados. El AUGE/GES, los Objetivos Sanitarios, los planes estratégicos nacionales y la municipalización de la Atención Primaria no son simplemente decisiones administrativas, sino formas institucionalizadas de gestionar la desigualdad. Analizar estas políticas como mediaciones permite comprender cómo la segmentación público-privada, la focalización por patologías y la orientación tecnocrática de la reforma, inciden en la reproducción de inequidades, aun cuando se presenten bajo el discurso de la equidad y la universalidad.

Desde una perspectiva de salud colectiva, estas falencias no son fallas técnicas o errores de implementación. Son expresión de una racionalidad política y económica que subordina la salud al capital, fragmenta la atención, medicaliza los problemas sociales y debilita el rol del Estado como garante de derechos. Esta mirada permite cuestionar el simulacro de universalismo que ha sostenido la reforma chilena, e interrogar críticamente los planes estratégicos que, aunque incorporan el lenguaje de los determinantes sociales, no logran incidir sobre sus causas estructurales (Bass, 2021; Parada-Lezcano y Bass, 2020).

Este artículo aporta en este análisis al integrar la evidencia acumulada de décadas de reforma sanitaria con un enfoque crítico de salud colectiva. A diferencia de una mera revisión documental, articula la determinación social de la salud con datos epidemiológicos nacionales, lo que permite develar los límites estructurales del modelo chileno y sus implicancias para la equidad en salud.

En este marco, el artículo se propone evaluar críticamente las políticas sanitarias implementadas en Chile desde el año 2000 y las proyecciones contenidas en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, con especial énfasis en el AUGE/GES, los Objetivos Sanitarios y los planes estratégicos nacionales, a partir de un enfoque ecosocial y emancipador. Se busca analizar la configuración estructural del sistema, evaluar el impacto de las garantías explícitas, examinar la efectividad de los planes estratégicos nacionales en modificar las condiciones de vida, contrastar el discurso de universalismo con las prácticas reales de atención, y finalmente proponer lineamientos para una transformación estructural del sistema de salud desde la salud colectiva. Con ello, se busca aportar a un debate académico y político informado sobre los

límites estructurales del modelo sanitario chileno y las posibilidades de transformación hacia esquemas más equitativos, solidarios y centrados en el derecho a la salud.

Objetivo general: Evaluar críticamente las políticas sanitarias implementadas en Chile entre 2000 y 2020, así como las orientaciones de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, desde una perspectiva de salud colectiva, analizando cómo han operado como mediaciones institucionales en la reproducción o transformación de la segmentación estructural del sistema, las inequidades en salud y el rol de la Atención Primaria.

Objetivos específicos:

1. Analizar la evolución del sistema de salud chileno desde el año 2000, identificando los mecanismos institucionales que han reproducido o modificado la segmentación público-privada.
2. Examinar cómo el AUGE/GES y de los planes estratégicos nacionales han incidido en la configuración de inequidades en salud, utilizando resultados oficiales y datos de las Encuestas Nacionales de Salud.
3. Analizar el rol de la Atención Primaria de Salud en las reformas post-2000, contrastando su función declarada con sus condiciones reales de financiamiento, talento humano y capacidad resolutoria.

Metodología

Diseño del estudio:

Se adoptó un diseño mixto con enfoque secuencial explicativo, que combinó un componente cualita-

tivo de análisis crítico documental con una fase cuantitativa basada en datos secundarios. Este diseño permitió articular el estudio de las políticas sanitarias como mediaciones institucionales (en el sentido propuesto por la tradición latinoamericana de la determinación social de la salud) con el análisis empírico de sus efectos sobre los perfiles epidemiológicos y las brechas sociales en salud (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2013).

Desde esta perspectiva, las reformas sanitarias, los dispositivos de aseguramiento (AUGE/GES), los sistemas de metas y los mecanismos de financiamiento no fueron tratados como variables técnicas aisladas, sino como configuraciones institucionales a través de las cuales se reproducen o transforman las relaciones sociales que estructuran la desigualdad en salud. Esta aproximación retoma la noción de mediaciones institucionales desarrollada en la epidemiología crítica y la medicina social latinoamericana.

Fase cualitativa:

La evaluación documental consistió en un análisis crítico de normativas oficiales, planes nacionales de salud, informes ministeriales de evaluación y documentos técnicos publicados entre 2000 y 2025. Se incluyeron leyes, decretos, estrategias nacionales, evaluaciones de cumplimiento de objetivos sanitarios y literatura académica indexada relevante para el período.

El análisis se orientó a identificar las principales mediaciones institucionales del modelo sanitario chileno, tales como: el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES); los Objetivos Sanitarios 2000-2010 y 2011-2020; la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030; los mecanismos de financiamiento y compra de servicios; y la organización y municipalización de la Atención Pri-

maria. Estas dimensiones fueron examinadas en relación con su capacidad de reproducir o modificar la segmentación público–privada del sistema y las inequidades estructurales en salud.

Fase cuantitativa:

Se utilizaron datos secundarios provenientes de informes oficiales de evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 y 2011-2020, así como de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) 2003, 2010 y 2017.

Se analizaron indicadores de prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, síndrome metabólico) y riesgo cardiovascular global, desagregados por nivel educacional, utilizado como proxy de estratificación socioeconómica. Se calcularon diferencias absolutas de prevalencia entre grupos de educación básica y educación superior, con el fin de estimar la magnitud y evolución temporal de las brechas sociales en salud.

Desde el marco de la determinación social (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2013), estos indicadores fueron interpretados como expresiones epidemiológicas de las mediaciones institucionales previamente analizadas, más que como resultados individuales o conductuales.

Integración de resultados:

La integración se realizó bajo el paradigma de la determinación social de la salud, permitiendo comprender los cambios en prevalencias, esperanza de vida y brechas educacionales no solo como tendencias epidemiológicas, sino como efectos históricamente situados de arreglos institucionales específicos. De este modo, el estudio

articuló estructura social, mediaciones institucionales (políticas sanitarias) y resultados sanitarios observados (Iriart *et. al*, 2002; Waitzkin *et. al*, 2005).

Consideraciones éticas: El estudio se basó exclusivamente en fuentes secundarias de acceso público y bases de datos anonimizadas, por lo que no requirió evaluación por comité de ética.

Resultados

Orígenes y objetivos declarados de la reforma AUGE-GES:

La Reforma de Salud implementada en Chile en la década del 2000, cuyo núcleo fue el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), luego Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyó la transformación sanitaria más relevante del período postdictatorial. Impulsada durante el gobierno de Ricardo Lagos, buscó responder a los desafíos sanitarios de la década 2000-2010 y mitigar la histórica segmentación entre FONASA e ISAPRE, conciliando demandas de equidad con la mantención de los principios estructurales del modelo neoliberal vigente (Lenz, 2007; Valdivieso y Montero, 2010).

Los Objetivos Sanitarios 2000–2010 definieron cuatro ejes: mejorar logros del siglo XX, disminuir inequidades, enfrentar el envejecimiento y adecuar la oferta a nuevas expectativas (MINSAL, 2002). En este marco se instauró el Plan AUGE con cuatro garantías exigibles judicialmente: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (Diario Oficial de la República de Chile, 2004). Entre 2005 y 2007 el listado se amplió progresivamente hasta 56 patologías (Lenz, 2007). En el plano normativo, el esquema de “garantías

explícitas” introdujo un lenguaje de derechos en un sistema estructuralmente fragmentado (Valdivieso y Montero, 2010).

No obstante, la evaluación final de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 evidenció cumplimiento parcial y heterogéneo (MINSAL, 2011a). Solo el 35,6% de los objetivos fue plenamente cumplido, mientras casi un 30% mostró retroceso o no cumplimiento y un 18,8% resultó no evaluable (Tabla 1). El propio informe ministerial reconoció persistencia de desigualdades según nivel socioeconómico y territoriales, así como reducción parcial de brechas en indicadores clave.

Tabla 1: Grado de cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 en Chile

Grado de Cumplimiento	Total	%
Cumplido	36	35,64
Con avance importante	9	8,91
Con avance discreto	6	5,94
No cumplido	21	20,79
Con retroceso	10	9,90
No evaluable	19	18,81
Total	101	100

Nota. Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud de Chile (2011).

En términos de diseño, el AUGE/GES se estructuró sobre una lógica focalizada y protocolizada, centrada en un conjunto acotado de patologías. Este enfoque biomédico-operacional introdujo “mínimos garantizados”, pero no abordó las condiciones estructurales que producen enfermedad ni modificó sustantivamente la segmentación social del sistema (Bass, 2021; Román y Muñoz,

2008). La propia evaluación ministerial reconoció que, pese a avances en cobertura, las desigualdades en acceso persistieron (MINSAL, 2011a).

La garantía de oportunidad mostró cumplimiento parcial en el sector público debido a restricciones en oferta hospitalaria y disponibilidad de especialistas, generando competencia por recursos entre patologías GES y no-GES. En materia de calidad, las brechas territoriales y el déficit de recursos humanos limitaron su concreción, particularmente en Atención Primaria (Montero *et. al*, 2010). La protección financiera redujo parcialmente el gasto de bolsillo en patologías cubiertas, pero la provisión irregular de medicamentos y la coexistencia de regímenes diferenciados mantuvieron la mediación del mercado.

La situación de la Atención Primaria fue especialmente tensionada. Aunque discursivamente presentada como eje del sistema, concentró cerca del 80% de las actividades asociadas al plan sin que se resolvieran déficits estructurales de financiamiento, recursos humanos y gobernanza. Entre 2002 y 2009 el presupuesto de APS aumentó del 19% al 26% del gasto público en salud; sin embargo, evaluaciones técnicas estimaron brechas de financiamiento de 44%-52% para cubrir la canasta básica, y más de la mitad del per cápita se destinó a prestaciones AUGE, desplazando acciones de promoción y prevención (Montero *et. al*, 2008, 2010). Persistió además un déficit de especialistas en medicina familiar, mientras la municipalización profundizó heterogeneidades territoriales y limitó la capacidad resolutoria del nivel primario (Borrell *et. al*, 2008; Román y Muñoz, 2008).

En resumen, el período 2000-2010 introdujo mejoras parciales en cobertura y protección financiera, pero no alteró las bases estructurales de un sis-

tema segmentado. La priorización de patologías garantizadas produjo avances puntuales y, simultáneamente, nuevas inequidades al postergar condiciones no incluidas, restringiendo la integralidad y reforzando la fragmentación del sistema (Lenz, 2007; Román y Muñoz, 2008).

Segundo periodo de análisis: Plan Nacional de Salud (2011-2020):

La segunda década estuvo marcada por la continuidad del régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), complementado por el Plan Nacional de Salud 2011-2020. La Estrategia Nacional de Salud definió como objetivos macro mejorar la salud poblacional, reducir desigualdades, elevar la satisfacción usuaria y asegurar calidad en las intervenciones (MINSAL, 2010b, 2021a). Se anunció el fortalecimiento de la APS, el cierre de brechas de recursos humanos y la incorporación del enfoque de determinantes sociales y “Salud en Todas las Políticas” (MINSAL, 2011a, 2016).

Durante este período, los problemas de salud garantizados aumentaron de 69 a 80 (MINSAL, 2010b; Parada *et. al*, 2014), consolidando el modelo focalizado iniciado en la década anterior. No obstante, la evaluación final mostró un deterioro en el cumplimiento de metas: mientras en 2000-2010 el 35,6% de los objetivos fue cumplido, en 2011-2020 la cifra descendió a 27,9%. Los objetivos con retroceso aumentaron a 22,1% y casi un tercio resultó no evaluable (29,4%) (MINSAL, 2021, 2022a), como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2: Grado de cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 en Chile

Grado de Cumplimiento	Total	%
Cumplido	19	27,94
Con avance importante	7	10,29
Con avance discreto	7	10,29
Con retroceso	15	22,06
No evaluable	20	29,41
Total	68	100

Nota. Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud de Chile (2021).

La incapacidad de sostener mejoras cuestiona la efectividad del Plan como instrumento de política pública. El eje de Equidad y Salud en Todas las Políticas mostró bajo cumplimiento, múltiples metas no evaluadas y debilidad en el monitoreo, lo que limitó su potencial transformador (MINSAL, 2022a; Peña *et. al*, 2016). La distancia entre el discurso de determinantes sociales y su priorización efectiva fue evidente.

Los informes oficiales reconocieron explícitamente la persistencia (e incluso ampliación) de inequidades sociales y territoriales. El MINSAL advirtió que los grupos con menor escolaridad continuaban concentrando mayor carga de enfermedad crónica y menor acceso oportuno (2017), y que las brechas en enfermedades crónicas por nivel educacional aumentaron durante la década (2022a). Asimismo, señaló que las mejoras promedio en esperanza de vida ocultaban diferencias críticas entre grupos socioeconómicos.

El análisis de las Encuestas Nacionales de Salud (2003, 2010 y 2017) confirma este patrón regresivo. Entre 2003 y 2017, las brechas entre nivel educacional alto y bajo aumentaron significativa-

mente: hipertensión (de 27% a 41,8%), diabetes (de 9,7% a 17,3%) y síndrome metabólico (de 7% a 29,3%). El riesgo cardiovascular alto pasó de 25,9% en 2010 a 37,1% en 2017 (Bass, 2025; MINSAL, 2003, 2010a, 2017). Lejos de reducirse, las desigualdades epidemiológicas se ampliaron (Figura 1).

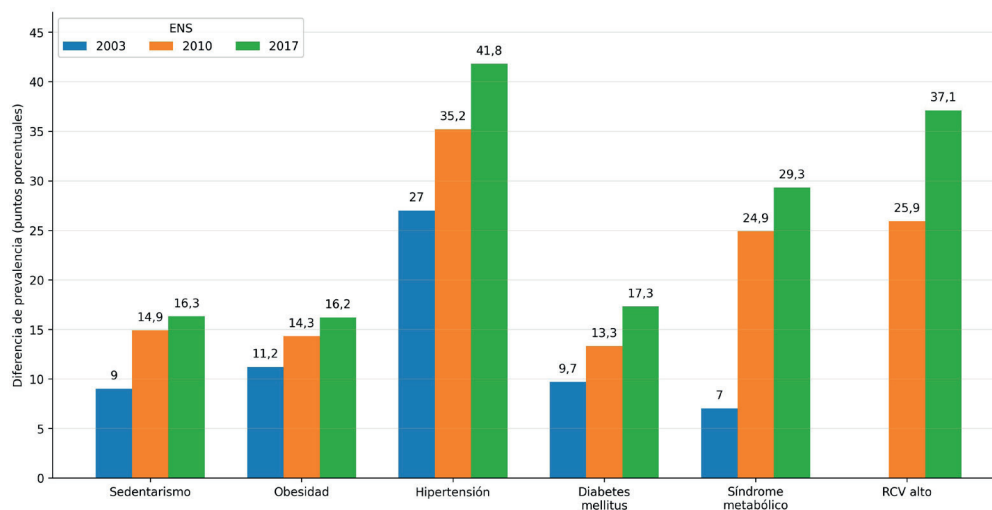
En el plano asistencial, persistieron brechas relevantes en el cumplimiento de garantías. Por ejemplo, en Valparaíso solo el 36% de las garantías se cumplía en plazo, mientras las listas de espera no-GES crecían sostenidamente; en 2014, el 78% de los pacientes esperaba más de 120 días y más de la mitad superaba un año (Parada *et. al*, 2014). La protección financiera mostró límites estructurales, especialmente por el peso del gasto en medicamentos, mientras los traspasos al sector privado continuaron aumentando.

La estructura dual se mantuvo intacta: las ISAPRE concentraban cerca de la mitad de los recursos financieros atendiendo a aproximadamente 17% de la población, mientras el sistema público cubría a cerca del 80% con recursos proporcionalmente inferiores (Tetelboin, 2015). El modelo consolidó así una distribución regresiva del financiamiento.

La Atención Primaria de Salud, declarada eje articulador, continuó debilitada por la municipalización, la precariedad de recursos y la gestión fragmentada por metas. El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) no logró consolidarse como estructura organizadora, persistiendo déficit de médicos/as de familia y desigualdades laborales que limitaron su capacidad resolutoria (Bass, 2018).

Comparativamente, si en 2000-2010 el 50,5% de los indicadores mostró algún nivel de avance, en

Figura 1. Aumento en el Tiempo de las Brechas de Prevalencias de Condiciones y Patologías Crónicas por Nivel Educacional/Socioeconómico (comparación entre NSE alto y bajo).



Prevalencias de Nivel Educacional/Socioeconómico Alto llevadas a 0, para establecer comparación temporal.

Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), según Bass C. Universalización de Atención Primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva. Cuad Méd Soc. 2025;65(1):9-18.

2011-2020 esta proporción descendió a 48,5%, con mayor peso de retrocesos y metas no evaluadas (51,5%) (Figura 2). El segundo período no corrigió las limitaciones del primero, sino que consolidó una tendencia de estancamiento estructural.

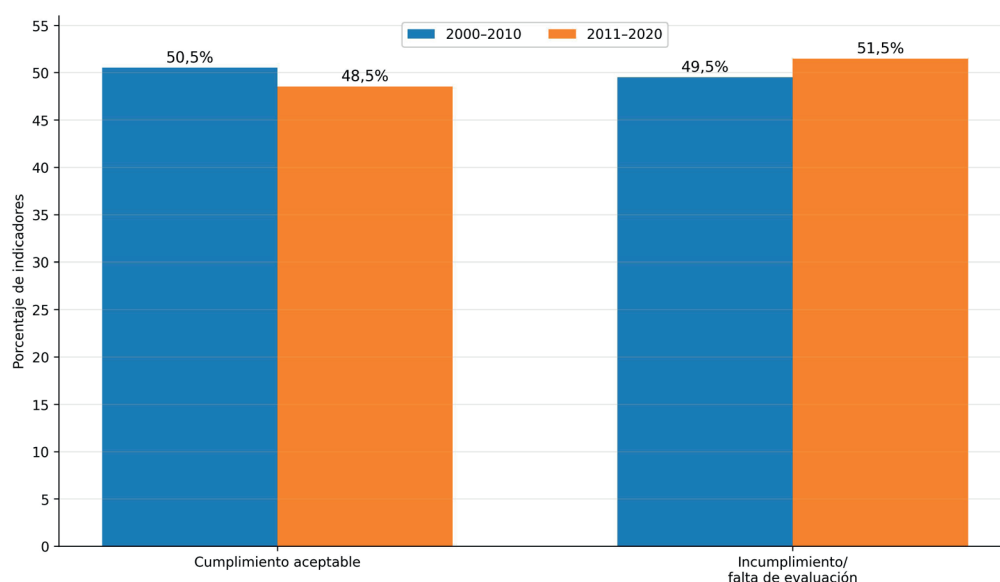
En síntesis, el período 2011-2020 profundizó la continuidad del modelo focalizado y segmentado. Pese al aumento de patologías garantizadas y al discurso de equidad, no se lograron mejoras sostenidas en reducción de brechas. La lógica de garantías explícitas reprodujo la segmentación estructural y la mercantilización del sistema, mientras la APS permaneció subordinada y financieramente insuficiente. La ausencia de transformaciones estructurales configuró un escenario de ineffectividad persistente, en el cual la equidad continuó siendo una promesa no materializada.

Último período: Estrategia Nacional de Salud 2021-2030:

La Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 se inscribe en la continuidad del modelo dual público-privado consolidado desde la reforma AUGE/GES. Dos décadas después, este mecanismo no ha revertido la inequidad estructural: las ISAPRE siguen concentrando recursos para una minoría, mientras FONASA absorbe la mayor carga de morbilidad con financiamiento insuficiente y fragilidad institucional (Bass, 2021; Tetelboin, 2023).

Aunque la Estrategia declara metas de equidad, eficiencia y calidad e incorpora el lenguaje de los determinantes sociales, lo hace en un marco tecnocrático que no despliega herramientas intersectoriales con capacidad redistributiva efectiva. En

Figura 2. Evaluación comparativa del cumplimiento de los objetivos sanitarios en Chile por periodos (2000-2010 y 2011-2020).



Nota. Elaboración propia a partir de información del Ministerio de Salud de Chile sobre la evaluación de los objetivos sanitarios en los periodos 2000-2010 y 2011-2020.

consecuencia, se mantiene un esquema que privilegia la lógica de mercado por sobre la garantía sustantiva del derecho a la salud (Bass, 2025).

Las GES continúan como principal mecanismo de aseguramiento, con un listado acotado de 90 patologías, reforzando la focalización y la dependencia de compra de servicios al sector privado, debilitando progresivamente la red pública (Bass, 2021; Tetelboin, 2023). En paralelo, persisten desigualdades sanitarias significativas, incluyendo brechas de esperanza de vida de 17,7 años en mujeres y 8,9 en hombres según nivel socioeconómico (Bilal *et. al*, 2019), y otras asociaciones entre vulnerabilidad socioeconómica y mortalidad prematura, como por ejemplo en cáncer colorrectal (Guerrero-Nancuante *et. al*, 2024).

Este escenario se articula con una estructura distributiva altamente desigual: el 1% más rico controla el 49,8% de la riqueza nacional (Fundación SOL, 2024). Asimismo, el gasto de bolsillo se mantiene elevado (32% del gasto total en salud), con predominio de medicamentos, generando impacto catastrófico en hogares de ingresos bajos y medios (Bass, 2021). La actualización de la medición de pobreza sugiere un aumento potencial importante de la pobreza por ingresos (Comisión Asesora Presidencial para la Actualización de la Medición de la Pobreza, 2025), y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2023-2024 reporta deterioro de bienestar emocional, especialmente en mujeres, junto con aumento de percepciones de aislamiento e inseguridad barrial (2025).

La Universalización de la APS (APS-U), implementada en 2023, se presentó como innovación, pero mantuvo la municipalización, la cobertura acotada y la omisión de la longitudinalidad como eje organizador. La precariedad laboral, la sobre-

carga asistencial y la escasez de médicos/as de familia (menos del 1% de la dotación nacional) limitan su capacidad resolutoria (Bass, 2025). Persisten, además, problemas de evaluación: indicadores como el Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) muestran altos niveles de cumplimiento formal sin mejoras sustantivas (Comisión Nacional de Productividad, 2022), mientras el gasto público en salud sigue bajo estándares internacionales (Bass, 2021). En este marco, se verifica la ley de cuidados inversos: quienes más necesitan reciben menos (Bass, 2025).

Por lo tanto, la Estrategia 2021-2030, pese a su retórica de derechos y equidad, mantiene la continuidad del modelo subsidiario neoliberal. Sin transformaciones estructurales basadas en universalidad, solidaridad, equidad, gratuidad y ausencia de lucro, las políticas actuales reproducen un ciclo de promesas incumplidas (Bass, 2018, 2021, 2025; Tetelboin, 2023).

Crisis sociopolítica y límites estructurales del modelo sanitario (2019-2023):

Los patrones de avances parciales y brechas persistentes descritos se expresaron con mayor nitidez durante el ciclo 2019-2023.

El estallido social de octubre de 2019 evidenció una impugnación a la mercantilización de derechos sociales, incluida la salud, cuestionando la segmentación FONASA/ISAPRE y las barreras de acceso que afectan a los sectores de menores ingresos.

La pandemia por COVID-19 (2020-2022) profundizó estas tensiones: pese a capacidades técnicas como la vacunación, expuso brechas territoriales en infraestructura, desigual exposición al riesgo y una APS sobrecargada. La pandemia no creó las

Tabla 3. Comparación de resultados de las estrategias sanitarias en Chile

Dimensión	2000-2010 (Objetivos Sanitarios / AUGE-GES)	2011-2020 (Plan Nacional de Salud / GES ampliado)	2021-2030 (Estrategia Nacional de Salud / APS-U)
% de metas cumplidas	35,6% (36 de 101)	27,9% (19 de 68)	En curso, tendencia a bajo cumplimiento.
% de retrocesos	9,9%	22,1%	Persistencia de brechas y retrocesos en AP, salud mental y equidad
Objetivos no evaluables	18,8%	29,4%	Persisten problemas de trazabilidad y monitoreo
Brechas sociales en salud	Desigualdades persistentes; inequidad en acceso según previsión de salud y territorio	Aumento de brechas en hipertensión, diabetes y riesgo cardiovascular según nivel educacional	Brechas de esperanza de vida (17,7 años en mujeres; 8,9 en hombres según NSE)
Atención Primaria	Sobrecarga con 80% de actividades AUGE; financiamiento insuficiente (déficits 44-52%)	No logra consolidar el MAIS; déficit de médicos/as de familia y equipos de salud	APS-U con baja cobertura efectiva, menos del 1% de médicos de familia, inequidad territorial
Modelo de política sanitaria	Focalizado, biomédico y tecnocrático	Continuidad focalizada, con ampliación de patologías y más mercantilización	Continuidad neoliberal, inequidad estructural, retórica de los determinantes sociales sin cambios reales

Nota. Elaboración propia con base en información de MINSAL (2011a, 2017, 2021, 2022a, 2022b), Bass (2018, 2021, 2025), Parada *et. al.* (2014), Tetelboin (2015, 2023), entre otros.

inequidades, pero las amplificó, haciendo visible la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención.

El proceso constituyente abierto tras el plebiscito de 2020 instaló el debate sobre el derecho a la salud y la superación del aseguramiento dual. Aunque no culminó en una nueva Constitución, reforzó la comprensión de la organización sanitaria como problema político estructural.

Finalmente, la crisis financiera y regulatoria de las ISAPRE (2022-2023), tras fallos judiciales que obligaron a ajustes y devoluciones, expuso la fragilidad de un esquema basado en selección de riesgos y competencia segmentada, tensionando el debate sobre su sostenibilidad.

En conjunto, estos procesos actuaron como eventos reveladores que tensionaron las mediaciones institucionales del modelo, mostrando que las políticas sanitarias operan en un entramado de relaciones sociales y de poder que condiciona su alcance transformador.

Discusión

Segmentación persistente y mediaciones institucionales:

La discusión de los hallazgos permite trascender una lectura cronológica de reformas y metas sanitarias para interpretar las políticas implementadas en Chile desde el 2000 al 2030 como mediaciones institucionales que han configurado (y en gran

medida estabilizado) la segmentación estructural del sistema de salud. Desde la perspectiva de la salud colectiva y la epidemiología crítica latinoamericana (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2003, 2013; Iriart *et. al*, 2002; Waitzkin *et. al*, 2005), las políticas sanitarias no constituyen instrumentos técnicos neutrales, sino arreglos históricos a través de los cuales se organizan flujos de financiamiento, jerarquías de atención y prioridades sanitarias.

Los resultados empíricos analizados (evaluaciones oficiales de cumplimiento de objetivos sanitarios (MINSAL, 2011a, 2022a) y evolución de brechas en las Encuestas Nacionales de Salud (MINSAL, 2003, 2010a, 2017) muestran un patrón persistente de bajo cumplimiento de metas, aumento de retrocesos y ampliación de brechas según nivel educacional. Este comportamiento se repite en los períodos estudiados y sugiere la existencia de una dinámica estructural más que fallas coyunturales de implementación.

Las propias evaluaciones ministeriales reconocen la persistencia de desigualdades sociales y territoriales, así como retrocesos en indicadores clave durante la década 2011-2020 (MINSAL, 2017, 2022a). Esta constatación oficial refuerza la hipótesis de que la reforma ha operado como dispositivo de gestión de la desigualdad más que como mecanismo de redistribución estructural (Bass, 2018, 2021, 2025).

El AUGES/GES como mediación estabilizadora del sistema dual:

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966) fue presentado como una innovación normativa orientada a garantizar acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto priorizado de problemas de salud

(Diario Oficial de la República de Chile, 2004; Lenz, 2007; Valdivieso y Montero, 2010). En el plano discursivo, se configuró como un avance hacia la universalización de derechos en un sistema históricamente segmentado. Sin embargo, el análisis desarrollado en este estudio sugiere que el AUGES/GES operó como una mediación institucional que reorganizó el funcionamiento del sistema sin alterar su arquitectura estructural.

Al priorizar un listado acotado de patologías garantizadas, las GES introdujeron un esquema de “mínimos explícitos” que reordenó flujos de financiamiento y prioridades asistenciales. Esta focalización generó competencia por recursos entre prestaciones GES y no-GES, tensionó la red pública y estimuló la compra de servicios al sector privado, reforzando la dependencia de la provisión pública respecto de prestadores externos (Bass, 2021; Montero *et. al*, 2010; Parada *et. al*, 2014). Si bien hubo avances parciales en cobertura, las evaluaciones oficiales muestran un cumplimiento limitado de metas (35,6% en 2000-2010 y 27,9% en 2011-2020), junto con un incremento sostenido de retrocesos y una elevada proporción de objetivos no evaluables (MINSAL, 2011a, 2022a). Este deterioro no puede atribuirse únicamente a problemas de gestión, sino que revela los límites estructurales de un modelo focalizado incapaz de modificar la base distributiva del sistema sanitario.

En términos institucionales, las GES no integraron los subsistemas existentes ni avanzaron hacia un fondo solidario único. Las ISAPRE continuaron concentrando población de mayores ingresos y menor riesgo sanitario, mientras FONASA absorbió la mayor carga de morbilidad con financiamiento insuficiente (Laurell, 2016; Tetelboin, 2015, 2023). Así, el régimen GES operó sobre una estructura dual preexistente sin transformar-

la, reproduciendo la segmentación público–privada bajo un nuevo marco normativo.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2003, 2013), el AUGE/GES puede comprenderse como una mediación que reorganiza la provisión sanitaria sin alterar las relaciones de poder que estructuran la desigual distribución del riesgo y de los recursos. No se trató de un instrumento neutral de mejora técnica, sino de un dispositivo que hizo administrable la desigualdad dentro de los márgenes del modelo neoliberal heredado de las reformas estructurales de la dictadura, que consagraron la competencia entre subsistemas como principio organizador (Tetelboin, 2015, 2023).

En este sentido, el AUGE/GES, lejos de revertir la lógica mercantil y segmentada del sistema sanitario chileno, la reordenó bajo una gramática de garantías explícitas que estabilizó la segmentación sin alterar la arquitectura dual público–privada. Más que un mecanismo de universalización sustantiva del derecho a la salud, operó como una mediación institucional que dotó de legitimidad normativa a un sistema estructuralmente desigual, gestionando sus tensiones sin modificar sus fundamentos (Bass, 2021; Laurell, 2016).

Brechas sociales y expresión epidemiológica de la segmentación:

El análisis de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS 2003, 2010 y 2017) confirma que las brechas en prevalencia de enfermedades crónicas entre niveles educacionales alto y bajo no solo no se redujeron, sino que se ampliaron durante el período estudiado (MINSAL, 2003, 2010b, 2017). La hipertensión, la diabetes, el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular global mostraron incrementos más pronunciados en los grupos de menor

escolaridad, reforzando una trayectoria epidemiológica diferencial.

Estas tendencias se articulan con las desigualdades en esperanza de vida documentadas para Santiago, donde las brechas alcanzan hasta 17,7 años en mujeres y 8,9 años en hombres según nivel socioeconómico (Bilal *et. al*, 2019), así como con la asociación entre vulnerabilidad socioeconómica y mortalidad prematura, como el ejemplo del cáncer colorrectal (Guerrero-Nancuante *et. al*, 2024). La persistencia (e incluso ampliación) de estas desigualdades en un contexto de múltiples planes estratégicos orientados declarativamente a la equidad, cuestiona la capacidad transformadora de las políticas implementadas.

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana, estas desigualdades no pueden interpretarse como resultado de decisiones individuales o conductas aisladas, sino como expresión de relaciones sociales estructuradas por clase, género y territorio (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2003, 2013; Morales-Borrero *et. al*, 2013). El contraste entre el enfoque de determinantes sociales promovido por la OMS (OMS, 2008) y la perspectiva latinoamericana de determinación social resulta aquí particularmente relevante. Mientras el primero tiende a fragmentar factores y privilegiar respuestas tecnocráticas, la segunda permite comprender la enfermedad como resultado de procesos históricos de acumulación, exclusión y mercantilización (Iriart *et. al*, 2002; Waitzkin *et. al*, 2005).

En este contexto, los indicadores promedio nacionales pueden operar también como mediaciones tecnocráticas que legitiman el modelo al destacar avances agregados, mientras invisibilizan desigualdades profundas. Las brechas en prevalencias de enfermedades crónicas por diferencias

educacionales indican que las políticas analizadas no modificaron las condiciones estructurales que producen exposición diferencial al riesgo ni acceso desigual a recursos protectores.

Mercantilización, financiamiento y concentración de recursos:

El mantenimiento de un gasto de bolsillo cercano al 30-32% del gasto total en salud constituye otro indicador de la persistencia de la mercantilización del sistema. La alta proporción destinada a medicamentos, señalada reiteradamente en informes nacionales, genera impacto catastrófico en hogares de ingresos bajos y medios y refuerza la privatización del cuidado (Bass, 2021).

Esta dinámica se inserta en un contexto de extrema concentración de la riqueza: el 1% más rico concentra el 49,8% del patrimonio nacional (Fundación SOL, 2024). Tal estructura distributiva condiciona los márgenes de acción de la política sanitaria, que opera dentro de una matriz tributaria regresiva y de fuerte influencia de intereses financieros (Tetelboin, 2015).

Las crisis recurrentes del sistema ISAPRE, intensificadas tras fallos judiciales por discriminación según sexo y edad (Tetelboin, 2023), no constituyen anomalías coyunturales, sino manifestaciones de las tensiones internas de un esquema basado en selección de riesgos y competencia segmentada. La judicialización masiva evidenció la incompatibilidad entre la lógica del lucro y la garantía de derechos universales.

Desde esta perspectiva, la mercantilización no aparece como un efecto secundario de las reformas, sino como un componente constitutivo del modelo sanitario chileno desde su reconfiguración neoliberal. El AUGES/GES, lejos de revertir

esa lógica, la reordenó bajo una gramática de garantías explícitas, manteniendo intacta la arquitectura dual (Bass, 2021; Laurell, 2016).

La Atención Primaria como mediación crítica no resuelta:

Uno de los hallazgos más consistentes del análisis es la posición ambivalente asignada a la Atención Primaria de Salud (APS) a lo largo de las décadas examinadas. En el plano discursivo, la APS fue reiteradamente definida como eje estructurante del sistema y estrategia privilegiada para reducir inequidades, en consonancia con la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) y con el renovado llamado a fortalecer la atención primaria (OMS, 2008). Sin embargo, en la práctica operó como una mediación institucional subordinada a un modelo centrado en garantías focalizadas y en la compra de servicios.

Durante la implementación inicial del AUGES/GES, la APS concentró aproximadamente el 80% de las actividades asociadas al plan, sin que se resolvieran brechas estructurales de financiamiento ni de recursos humanos (Montero *et. al*, 2008, 2010). El modelo per cápita mostró limitaciones en su capacidad redistributiva, y la expansión de prestaciones garantizadas tensionó la oferta sin modificar las condiciones estructurales del nivel primario. La formación orientada hacia APS, si bien promovida en documentos regionales (Borrell *et. al*, 2008), no logró traducirse en una masa crítica de médicos/as de familia capaz de consolidar longitudinalidad y resolutiveidad (Montero *et. al*, 2009).

En el período 2011–2020, pese al despliegue del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) y al discurso de “Sa-

lud en Todas las Políticas” (MINSAL, 2016; Peña *et. al*, 2016), persistieron déficits estructurales de dotación, alta rotación de equipos y una gestión fragmentada por metas. La evaluación final de la década reconoció retrocesos y elevada proporción de objetivos no evaluables (MINSAL, 2022a), lo que pone en cuestión la capacidad del sistema para sostener procesos de mejora.

La denominada Universalización de la APS (APS-U), implementada en 2023, ha sido presentada como un intento de ampliar cobertura; sin embargo, su diseño mantiene la administración municipal, la asignación per cápita insuficiente y la ausencia de longitudinalidad como eje organizador (Bass, 2025). Estudios previos ya habían advertido las tensiones entre el modelo familiar chileno y su capacidad resolutive real (Bass, 2012, 2018). En este sentido, la APS ha funcionado más como dispositivo de absorción de demanda en un sistema segmentado que como espacio de transformación estructural de la determinación social de la salud.

Desde el enfoque de mediaciones institucionales, la municipalización constituye un mecanismo central de reproducción de inequidades territoriales. La heterogeneidad administrativa, la desigual capacidad de gestión y la dependencia de ingresos municipales generan brechas intercomunales que afectan acceso, continuidad y calidad del cuidado. Así, el nivel primario (llamado a reducir desigualdades) termina operando dentro de una estructura que las reproduce.

Crisis sociopolítica (2019–2023) como revelación de límites estructurales:

Los patrones de avances parciales y brechas persistentes descritos en los períodos anteriores se

expresaron con mayor nitidez cuando el país entró en un ciclo de crisis sociopolítica y sanitaria entre 2019 y 2023.

El estallido social de octubre de 2019 puso en el centro del debate la mercantilización de derechos sociales, incluida la salud. Las demandas por un sistema universal y solidario evidenciaron que la segmentación sanitario-previsional no era percibida como un problema técnico, sino como una fractura estructural del modelo de desarrollo. Desde la determinación social, este proceso puede interpretarse como expresión histórica de tensiones acumuladas por mediaciones institucionales incapaces de garantizar protección equitativa (Breilh, 2013; Iriart *et. al*, 2002).

La pandemia por COVID-19 tensionó aún más estas contradicciones. Si bien Chile mostró capacidad técnica en vacunación y vigilancia epidemiológica, la crisis reveló brechas territoriales en infraestructura, desigual exposición laboral al riesgo y una APS sobrecargada. Las diferencias en condiciones de vivienda y empleo informal confirmaron que el proceso salud-enfermedad-atención está estructurado por desigualdades sociales preexistentes. La pandemia no creó la inequidad, sino que amplificó mediaciones ya consolidadas.

El proceso constituyente abierto tras el plebiscito de 2020 incorporó explícitamente la discusión sobre el derecho a la salud y la superación del aseguramiento dual. Aunque no culminó en un nuevo texto constitucional, evidenció que la organización sanitaria es una cuestión política estructural. Finalmente, la crisis financiera y regulatoria de las ISAPRE, agudizada entre 2022 y 2023, mostró la fragilidad de un modelo basado en selección de riesgos y competencia segmentada (Tetelboin, 2023).

En conjunto, estos procesos no son fenómenos externos al análisis, sino momentos históricos que confirman los límites estructurales del modelo sanitario identificado.

Límites del estudio:

El presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se basó en fuentes secundarias y datos agregados, lo que restringe la posibilidad de establecer relaciones causales directas entre decisiones específicas de política y variaciones epidemiológicas puntuales. En segundo lugar, el uso del nivel educacional como proxy de estratificación socioeconómica, aunque ampliamente validado en estudios poblacionales, no capta completamente desigualdades territoriales, étnicas o laborales. En tercer lugar, el período 2021-2030 se encuentra en curso, por lo que su análisis tiene un carácter necesariamente preliminar. No obstante, la consistencia del patrón observado a lo largo de estas décadas fortalece la interpretación estructural propuesta.

Horizonte estructural y político:

Los hallazgos sugieren que la superación de la inequidad sanitaria en Chile no depende exclusivamente de ampliar listados de patologías garantizadas ni de mejorar indicadores de gestión. Requiere modificar las mediaciones institucionales que sostienen la segmentación estructural.

Desde la salud colectiva latinoamericana, ello implica avanzar hacia un sistema universal, público y solidario financiado con impuestos generales progresivos, integrando a la población bajo un fondo único y reduciendo la lógica de competencia segmentada (Laurell, 2014, 2016; Parada-Lezcano y Bass, 2020). Supone también fortalecer la red pública prestadora, garantizar

longitudinalidad del cuidado y profesionalizar el talento humano en APS (Bass, 2018).

La participación comunitaria vinculante, la gobernanza democrática y la incorporación de perspectivas interculturales y ecosociales constituyen mediaciones necesarias para redistribuir poder en la definición de prioridades sanitarias (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2011; Feo Istúriz *et. al*, 2012).

La trayectoria 2000-2030 muestra avances parciales y retrocesos crecientes que no pueden explicarse como errores aislados de implementación, sino como expresión de un modelo sanitario cuya racionalidad central continúa siendo subsidiaria y segmentada. Mientras no se transformen las mediaciones institucionales que sostienen esa arquitectura (financiamiento dual, competencia por riesgos, municipalización fragmentada y focalización por patologías) las metas tecnocráticas seguirán produciendo efectos limitados sobre las desigualdades estructurales.

Desde esta perspectiva, la discusión no se agota en evaluar instrumentos específicos, sino que interpela el fundamento político del sistema. La construcción de un sistema universal de derecho a la salud constituye, más que una opción técnica, un desafío ético, estructural y democrático para la sociedad chilena.

Conclusiones

El análisis histórico-crítico de las políticas sanitarias implementadas en Chile entre 2000 y 2020, junto con las orientaciones de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, permite concluir que, pese a los discursos de equidad, universalización y modernización, la reforma no transformó la segmentación estructural del sistema, sino

que operó como una mediación institucional que contribuyó a estabilizarla y hacerla políticamente administrable.

Las evaluaciones oficiales muestran cumplimiento limitado de metas, incremento de retrocesos y persistencia de brechas educacionales en enfermedades crónicas. Estos resultados no pueden explicarse únicamente como fallas de implementación, sino como expresión de los límites estructurales de un modelo subsidiario que gestiona la desigualdad sin modificar sus bases distributivas.

En este contexto, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES) se consolidó como el principal dispositivo reformista, pero también como una mediación estabilizadora del sistema dual. Al introducir garantías focalizadas sin integrar los subsistemas ni establecer un fondo solidario único, reordenó la segmentación bajo una gramática de derechos explícitos que mantuvo intacta la competencia por riesgos y la transferencia sostenida de recursos hacia el sector privado. Más que revertir la mercantilización, la hizo administrable dentro del marco institucional vigente.

La Atención Primaria de Salud, aunque declarada eje estructurante de la reforma, operó como una mediación institucional subordinada, tensionada por financiamiento insuficiente, fragmentación municipal y por la precarización de las condiciones laborales del talento humano, lo que limitó su capacidad transformadora sobre las inequidades.

La persistencia de brechas en enfermedades crónicas y esperanza de vida confirma que los promedios nacionales pueden ocultar desigualdades profundas. Desde la salud colectiva y la epidemiología crítica, estos hallazgos expresan procesos históricos de acumulación, exclusión y con-

centración de poder que configuran exposiciones diferenciales al riesgo y acceso desigual a recursos protectores.

Aunque basado en fuentes secundarias, este estudio aporta una lectura estructural que articula políticas, financiamiento, organización institucional y resultados epidemiológicos desde la determinación social de la salud, desplazando el foco desde la eficiencia técnica hacia las relaciones de poder que estructuran el sistema.

Superar la crisis estructural del sistema sanitario chileno no depende exclusivamente de ampliar coberturas o perfeccionar metas, sino de transformar las mediaciones que sostienen la segmentación: financiamiento dual, competencia por riesgos, municipalización fragmentada y focalización por patologías. Ello implica avanzar hacia un sistema universal, público y solidario financiado progresivamente, fortalecer estructuralmente la Atención Primaria de Salud (superando su fragmentación municipal y garantizando longitudinalidad efectiva, financiamiento suficiente y capacidad resolutive) y establecer mecanismos de gobernanza democrática con participación vinculante.

En última instancia, la construcción de un sistema universal de derecho a la salud no es solo una decisión técnica, sino un desafío político y ético que interpela el modelo de desarrollo y la distribución del poder en la sociedad chilena.

Nota: En la preparación de este manuscrito se utilizó asistencia de inteligencia artificial (OpenAI) para apoyo en la organización y revisión de estilo. El análisis, la interpretación y las conclusiones corresponden exclusivamente al autor.

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA-FILHO, N. (2006). “Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones”, *Salud Colectiva*, 2(2): 123-146.
- BASS DEL CAMPO, C. (2012). “Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary?”, *Medwave*, 12(11): e5571.
- BASS DEL CAMPO, C. (2018). “Atención primaria fuerte: historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile”, *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3): 137-141.
- BASS DEL CAMPO, C. (2021). “La crisis neoliberal del sistema de salud de Chile”. En: CLACSO (coord.) *Refundación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO, 99-121.
- BASS DEL CAMPO, C. (2025). “Universalización de atención primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva”, *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1): 53-65.
- BILAL, U.; ALAZRAQUI, M.; CAIAFFA, W. T.; LOPEZ-OLMEDO, N.; MARTINEZ-FOLGAR, K.; MIRANDA, J. J.; RODRIGUEZ, D. A.; VIVES, A. y DIEZ-ROUX, A. V. (2019). “Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis”, *The Lancet Planetary Health*, 3(12): e503-e510.
- BORRELL, R. M.; GODUE, C. y GARCÍA DIEGUEZ, M. (2008). *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud*. Washington D.C.: OPS, 71 págs.
- BREILH, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BREILH, J. (2011). “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”. En: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco y Asociación Latinoamericana de Medicina Social (coord.) *Determinación social de la salud y acción emancipadora*. México: UAM-Xochimilco/ALAMES.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl. 1): S13-S27.
- COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL DE EXPERTOS Y EXPERTAS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA POBREZA (2025). *Informe final de recomendaciones*. Santiago: Gobierno de Chile.
- COMISIÓN NACIONAL DE PRODUCTIVIDAD (2022). *Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS)*. Santiago: Comisión Nacional de Productividad.
- DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE 3 de septiembre de 2004: Ley N.º 19.966: Establece un Régimen de Garantías en Salud.
- DURÁN, G. y KREMERMAN, M. (2024). *Salarios al Límite: desposesión salarial en Chile*. Santiago: Fundación SOL.
- FEO ISTÚRIZ, O.; FEO ACEVEDO, C. y JIMÉNEZ, P. (2012). “Pensamiento contrahegemónico en salud”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4): 602-613.
- GUERRERO-NANCUANTE, C.; EGUIGUREN, P.; BASS, C. y GARMENDIA, M. L. (2024). “Socio-economic factors related to premature death from colorectal cancer in Santiago de Chile, 2014–2018: a cross-sectional study”, *Public Health*, vol. 231: 1-6.
- IRIART, C.; WAITZKIN, H.; BREILH, J.; ESTRADA, A. y MERHY, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, (2): 128-136.

- LAURELL, A. C. (2014). “¿Cobertura universal en salud en América Latina?”, *Medicina Social*, 9(1): 60-61.
- LAURELL, A. C. (2016). “Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2): 293-314.
- LENZ, R. (2007). *Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política*. Santiago: CIEPLAN.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2002). *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2010a). *Encuesta Nacional de Salud 2009-2010*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2010b). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2011a). *Objetivos sanitarios de la década 2000-2010: evaluación final del período*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2011b). *Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de la salud de Chile. Resumen ejecutivo*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2016). *Plan nacional de salud para los Objetivos Sanitarios al 2020*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2021). *Orientaciones para la planificación y programación en red 2021*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2022a). *Evaluación de final de la década: Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2022b). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2025). *Informe de principales resultados. Cuarta versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2023-2024*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MONTERO, J.; POBLETE, F.; TORCHE, A. y VARGAS, V. (2008). “Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención”. En: *Camino al Bicentenario: propuestas para Chile*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 73-94.
- MONTERO, J.; ROJAS, M. P.; CASTEL, J.; MUÑOZ, M.; BRUNNER, A.; SÁEZ, Y. y SCHARARGER, J. (2009). “Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile”, *Revista Médica de Chile*, 137(1): 1561-1568.
- MONTERO, J.; TÉLLEZ, A. y HERRERA, C. (2010). *Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos*. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC.
- MORALES-BORRERO, C.; BORDE, E.; ESLAVA-CASTAÑEDA, J. C. y CONCHA-SÁNCHEZ, S. C. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de Salud Pública*, 15(6): 797-808.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PARADA, M.; REYES, C.; CUEVAS, K.; ÁVILA, A.; LÓPEZ, P.; CARRASCO, V.; MORAGA, F.; GONZÁLEZ, J. F.; RIQUELME, P. y LLANCA-PICHUN, L. (2014). “Transformaciones del Sistema de Salud Público post Reforma AUGE-GES en Valparaíso”, *Revista Chilena de Salud Pública*, 18 (2): 127-139.
- PARADA-LEZCANO, M. y BASS DEL CAMPO, C. (2020). “Servicio Nacional de Salud para garantizar el Derecho a la Salud”, *Cuadernos Médico Sociales*, 60(3): 79-84.
- PEÑA, S.; SIERRALTA, P.; DEL ÁGUILA, R. y CABIESES, B. (2016). “Vulnerabilidad social y salud en todas las políticas en Chile”. En: CABIESES, B.; BERNALES, M.; OBACH, A. y PEDRERO, V. (eds.) *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo, 455-473.
- ROMÁN, O. y MUÑOZ, F. (2008). “Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos”, *Revista Médica de Chile*, 136(1): 1599-1603.
- TETELBOIN, C. (2015). “Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional”. En: TETELBOIN, C. y LAURELL, A. C. (coord.) *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires: CLACSO, 75-96.
- TETELBOIN, C. (2023). “La salud pública chilena 50 años después”, *Cuadernos Médico Sociales*, 63(3): 23-32.
- VALDIVIESO, V. D. y MONTERO, J. L. (2010). “El plan AUGE: 2005 al 2009”, *Revista Médica de Chile*, 138(8): 1040-1046.
- WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A. y LAMADRID, S. (2001). “Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups”, *The Lancet*, 358(1): 315-323.

Del aislamiento a la acción: cómo la participación comunitaria puede transformar la salud mental en los adultos mayores institucionalizados

Diana Ruíz García*

RESUMEN

El envejecimiento poblacional y el incremento de la institucionalización de personas mayores plantean desafíos relevantes para la salud mental, particularmente en relación con el aislamiento social, la pérdida de autonomía y el riesgo de sintomatología depresiva. En este contexto, la participación comunitaria emerge como una estrategia clave para la transformación de los entornos institucionales y la promoción del bienestar psicosocial. El presente ensayo analiza el papel de la participación comunitaria y de las redes de apoyo entre pares en la salud mental de los adultos mayores institucionalizados, desde un enfoque de salud pública, derechos humanos y psicología comunitaria. A partir de la revisión de literatura especializada, se examina cómo la participación significativa contribuye a fortalecer la agencia, el sentido de pertenencia y el empoderamiento, permitiendo transitar del aislamiento a la acción colectiva. Se concluye que integrar modelos institucionales participativos y fortalecer las redes de apoyo entre pares no solo previene la sintomatología depresiva, sino que también favorece un envejecimiento digno, activo y con sentido.

PALABRAS CLAVE: participación comunitaria; salud mental; personas mayores; institucionalización; redes de apoyo.

From Isolation to Action: How Community Participation Can Transform Mental Health Among Institutionalized Older Adults

ABSTRACT

Population ageing and the increasing institutionalization of older adults pose significant challenges to mental health, particularly regarding social isolation, loss of autonomy, and the risk of depressive symptoms. In this context, community participation emerges as a key strategy for transforming institutional environments and promoting psychosocial well-being. This essay analyzes the role of community

* Psicóloga clínica, maestrante en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: diana.ruizga@insp.edu.mx

Fecha de recepción: 20 de enero de 2026
Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2026

participation and peer support networks in the mental health of institutionalized older adults, from a public health, human rights, and community psychology perspective. Based on a review of specialized literature, it examines how meaningful participation strengthens agency, sense of belonging, and empowerment, enabling a transition from isolation to collective action. It concludes that integrating participatory institutional models and strengthening peer support networks not only helps prevent depressive symptoms but also promotes dignified, active, and meaningful ageing.

KEYWORDS: community participation; mental health; older adults; institutionalization; peer support networks.

Introducción

El envejecimiento poblacional en América Latina constituye uno de los principales desafíos para la salud pública contemporánea. En México, más de 18 millones de personas tienen 60 años o más, y se prevé que esta cifra continúe en aumento en las próximas décadas, lo que exige respuestas integrales orientadas a garantizar condiciones de vida dignas, activas y socialmente significativas (INEGI, 2022). Para quienes viven en instituciones de cuidado, como casas hogar y residencias geriátricas, estos desafíos se intensifican debido a la pérdida de autonomía, el desarraigo, la fragmentación de los vínculos sociales y una mayor exposición a la soledad no deseada. Diversos estudios señalan que la institucionalización puede incrementar el riesgo de sintomatología depresiva cuando no existen oportunidades reales de participación, agencia y conexión comunitaria (OPS, 2019; WHO, 2017).

En México, se estima que un porcentaje significativo de personas mayores reside en instituciones de cuidado, aunque existe un subregistro importante debido a la diversidad de modalidades de atención. A nivel internacional, diversos estudios han documentado una alta prevalencia de sintomatología depresiva en personas mayores

institucionalizadas; por ejemplo, se ha reportado una prevalencia de hasta 48.7% en este grupo poblacional, significativamente mayor en comparación con quienes viven en comunidad (Santiago y Mattos, 2014). Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias que no solo atiendan el cuidado físico, sino que incidan en los determinantes psicosociales de la salud mental, particularmente en lo relacionado con la participación, el vínculo social y el sentido de pertenencia.

En este contexto, la participación comunitaria se reconoce como un eje fundamental para la transformación de la salud mental. Desde la Declaración de Alma-Ata, se estableció que la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que es el resultado de procesos sociales, colectivos y participativos en los que la comunidad debe asumir un papel protagónico en la planificación, organización y control de la atención en salud (OMS, 1978). Este principio adquiere especial relevancia en los entornos institucionales, donde las personas mayores suelen experimentar procesos de invisibilización y pérdida de control sobre su vida cotidiana.

Autores como López-Bolaños, Campos-Rivera y Villanueva-Borbolla (2018) sostienen que la participación comunitaria fortalece los vínculos sociales, promueve la organización colectiva, favorece el aprendizaje compartido y genera un sentido de pertenencia que impacta positivamente en la salud mental. Estos elementos resultan particularmente relevantes para contrarrestar el aislamiento estructural que caracteriza a muchas instituciones geriátricas, en las que la vida cotidiana puede volverse rutinaria, pasiva o centrada exclusivamente en el cuidado físico.

La Organización Mundial de la Salud ha subrayado que las intervenciones basadas en redes de apoyo, actividades colaborativas y espacios de decisión al interior de las instituciones contribuyen a mejorar la autonomía, la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas mayores (WHO, 2021). En la misma línea, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe advierte que las políticas de envejecimiento deben orientarse hacia la inclusión social y la construcción de comunidades solidarias que permitan transitar hacia una vejez activa, participativa y con sentido (CEPAL, 2022).

El objetivo de este ensayo es analizar cómo la participación comunitaria puede transformar la salud mental de los adultos mayores institucionalizados, reconociendo su potencial para transitar del aislamiento a la acción colectiva. Para ello, el texto se organiza en cuatro apartados: en primer lugar, se examina la relación entre envejecimiento, institucionalización y salud mental; posteriormente, se analiza la participación comunitaria en contextos geriátricos; en un tercer momento, se aborda el papel de las redes de apoyo entre pares; y finalmente, se presentan las conclusiones.

Envejecimiento, institucionalización y salud mental

El envejecimiento es un proceso complejo y multidimensional que implica cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden incrementar la vulnerabilidad a problemas de salud mental, particularmente a los trastornos afectivos. La Organización Mundial de la Salud señala que la presencia de redes sociales sólidas, actividades significativas y oportunidades de participación activa actúan como factores protectores fundamentales; sin embargo, estos elementos suelen deteriorarse cuando la persona mayor ingresa a una institución (WHO, 2017).

Si bien la institucionalización puede representar una alternativa necesaria de cuidado para personas que requieren apoyo continuo, también conlleva pérdidas relevantes, como la disminución de la autonomía, el distanciamiento familiar, la reducción del reconocimiento social y la limitada capacidad de decisión sobre la propia vida. Diversos estudios indican que, bajo modelos asistencialistas tradicionales, la vida institucional puede profundizar el aislamiento, el sentimiento de inutilidad y la ruptura de vínculos sociales, lo que se asocia con un mayor riesgo de sintomatología depresiva (OPS, 2019).

Desde un enfoque de salud pública y derechos humanos, los entornos institucionales deben trascender la provisión de cuidados básicos e incorporar estrategias que promuevan la convivencia, la participación, el reconocimiento y la construcción de sentido. La salud mental en la vejez no depende únicamente de la atención médica, sino también de la posibilidad de vincularse, decidir y participar en la vida colectiva (WHO, 2021).

Participación comunitaria en contextos geriátricos

La participación comunitaria se consolidó como un eje central de la salud pública a partir de la Declaración de Alma-Ata, la cual reconoció el derecho y la capacidad de las personas para involucrarse activamente en los procesos relacionados con su salud, no solo como beneficiarias, sino como agentes con capacidad de decisión y responsabilidad (OMS, 1978). Desde esta perspectiva, la participación se entiende como un proceso activo y dinámico que trasciende la consulta simbólica y supone la identificación colectiva de problemáticas, la construcción de alternativas y la evaluación conjunta de las condiciones que influyen en el bienestar (Zakus y Lysack, 1998).

En el contexto de las instituciones para personas mayores, este enfoque adquiere una relevancia particular, ya que cuestiona los modelos asistencialistas tradicionales y las estructuras jerárquicas que históricamente han organizado la vida en las casas hogar y residencias geriátricas. En muchos de estos espacios, las personas mayores son ubicadas en un rol predominantemente pasivo, con rutinas preestablecidas y escasas oportunidades para incidir en las decisiones que afectan su vida cotidiana. Esta dinámica contribuye a reforzar sentimientos de dependencia, pérdida de control y desvalorización personal, factores estrechamente vinculados con el deterioro de la salud mental y el incremento del riesgo de sintomatología depresiva (OPS, 2019; WHO, 2021).

Avanzar hacia modelos institucionales más participativos implica un cambio profundo en la concepción del cuidado. Supone transitar de una lógica centrada exclusivamente en la asistencia hacia una perspectiva basada en derechos humanos, que reconozca a las personas mayores como suje-

tos con historia, experiencia, saberes y capacidad de decisión. En este sentido, Rifkin plantea que la participación puede entenderse como un continuo que va desde niveles mínimos de involucramiento hasta formas más avanzadas de control comunitario, lo que permite identificar que la realización de actividades grupales no siempre se traduce en una participación significativa ni en una redistribución real del poder (Rifkin, 2014).

La transformación institucional requiere generar condiciones concretas para que las personas mayores participen activamente en la organización de la vida cotidiana, en la definición de normas de convivencia, en la planeación de actividades y en el diseño de estrategias orientadas a la promoción de la salud mental. La creación de comités internos, espacios permanentes de diálogo y mecanismos formales de consulta y toma de decisiones favorece la construcción de una cultura institucional más horizontal, en la que la voz de las personas mayores adquiere legitimidad y peso real (De Roux, 1993; Ugalde, 1985). Estos procesos no solo fortalecen la cohesión social, sino que también impactan directamente en el bienestar emocional.

Diversos estudios señalan que la participación comunitaria tiene efectos protectores sobre la salud mental al fortalecer el sentido de pertenencia, el reconocimiento social y la percepción de utilidad personal. Cuando las personas mayores se sienten escuchadas, valoradas y capaces de influir en su entorno, se incrementa su bienestar subjetivo y disminuyen los sentimientos de soledad, inutilidad y desesperanza, elementos centrales en la génesis de la sintomatología depresiva (López-Bolaños et. al., 2018; Haldane et. al., 2019).

No obstante, la participación comunitaria no puede comprenderse únicamente como una res-

ponsabilidad de las personas mayores. La transformación institucional también depende del compromiso del personal y de las estructuras organizativas. Requiere procesos de sensibilización y capacitación que permitan al equipo de cuidado reconocer la importancia de ceder espacios de poder y promover relaciones más horizontales. Como advierte Fassin, la participación pierde su potencial transformador cuando no se acompaña de cambios concretos en las relaciones de poder y en la organización institucional (2000).

Redes de apoyo entre pares: vínculo, colectividad y empoderamiento

Las redes de apoyo entre pares constituyen una de las formas más efectivas de participación comunitaria dentro de los entornos institucionales. Desde una perspectiva psicosocial, estos espacios facilitan la identificación, el acompañamiento y la construcción colectiva, fortaleciendo la autoestima, el sentido de pertenencia y la percepción de autoeficacia (López-Bolaños et. al., 2018).

El empoderamiento, entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones relacionadas con su vida, es un componente central de estas redes (cfr. Zimmerman, 1995). Diversas investigaciones muestran que los programas basados en la participación y el apoyo entre pares generan mejoras significativas en la salud mental, reducen la sensación de aislamiento y fortalecen la agencia individual y colectiva, incluso en poblaciones de personas mayores (Haldane et. al., 2019).

En instituciones geriátricas, estas redes pueden expresarse a través de grupos de conversación, talleres de memoria colectiva, comités de actividades, círculos de lectura o espacios de gobernanza

interna. Estas prácticas permiten que las personas mayores se reconozcan como actores sociales con historia, experiencia y capacidad creativa, contrarrestando narrativas que tienden a infantilizarlas o a situarlas exclusivamente como receptoras de cuidado.

Conclusiones

La evidencia analizada a lo largo de este ensayo muestra que la salud mental de los adultos mayores institucionalizados constituye un desafío urgente que no puede abordarse exclusivamente desde modelos clínicos o asistencialistas tradicionales. Si bien la institucionalización responde, en muchos casos, a necesidades reales de cuidado y protección, también puede intensificar factores de riesgo como el aislamiento social, la pérdida de roles significativos y la disminución de la autonomía personal.

En este contexto, la participación comunitaria emerge como una estrategia transformadora, ética y teóricamente sustentada. Cuando la participación se traduce en procesos reales, horizontales y sostenidos, se convierte en un factor protector de la salud mental al favorecer la agencia, el sentido de pertenencia y la construcción colectiva de significado. Las redes de apoyo entre pares destacan como espacios de empoderamiento relacional que permiten resignificar la experiencia de la institucionalización y promover una vejez con sentido.

Promover la participación comunitaria implica repensar el papel de las instituciones geriátricas, que pueden trascender su función de resguardo para convertirse en espacios de convivencia, reconocimiento y construcción identitaria. Integrar estas estrategias de manera sistemática en políticas y programas de atención representa un paso imprescindible para humanizar la institucionali-

zación y responder de forma integral a los retos del envejecimiento poblacional desde una perspectiva de salud pública y justicia social.

Referencias bibliográficas

- CEPAL (2022). Envejecimiento y derechos de las personas mayores. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- DE ROUX, G. (1993). “Participación y cogestión de la salud”. *Educación Médica y Salud*, vol. 27, Núm. 1.
- FASSIN, D. (2000). *Les politiques de la santé*. Paris: PUF.
- HALDANE, V. et. al. (2019). “Community participation and mental health outcomes: a systematic review”. *Social Science & Medicine*, vol. 223: 1–9.
- INEGI (2022). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- LÓPEZ-BOLAÑOS, L.; CAMPOS-RIVERA, A. y VILLANUEVA-BORBOLLA, M. A. (2018). “Participación comunitaria y empoderamiento en salud”. *Salud Colectiva*, vol. 14, Núm. 2: 211–224.
- OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS (2019). Salud mental de las personas mayores en la Región de las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- RIFKIN, S. B. (2014). “Examining the links between community participation and health outcomes”. *Health Policy and Planning*, vol. 29, Núm. 2: ii98–ii106.
- SANTIAGO, L. M. y MATTOS, I. E. (2014). “Depressive symptoms in institutionalized older adults”. *Revista de Saúde Pública*, vol. 48, Núm. 2: 216–224.
- UGALDE, A. (1985). “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”. *Social Science & Medicine*, vol. 21, Núm. 1: 41–53.
- WHO (2017). *Mental health of older adults*. Ginebra: World Health Organization.
- WHO (2021). *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. Ginebra: World Health Organization.
- ZAKUS, J. D. y LYSACK, C. L. (1998). “Revisiting community participation”. *Social Science & Medicine*, vol. 47, Núm. 6: 703–712.
- ZIMMERMAN, M. A. (1995). “Psychological empowerment”. *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, Núm. 5: 581–599.

Intervenciones en diabetes tipo 2 en pueblos indígenas: caracterización del campo mediante una revisión de alcance

Víctor Eduardo Téllez Palomares* • Jesús Armando Haro Encinas**

RESUMEN

La evidencia sobre intervenciones en diabetes tipo 2 (DT2) en pueblos indígenas no se deja leer como un conjunto homogéneo: cambia la población objetivo, cambian los escenarios (escuela, clínica, hogar, espacios comunitarios), cambian los componentes y cambian las formas de evaluación. En ese contexto, este artículo no busca responder “qué funciona mejor”, sino reconstruir la arquitectura real del campo: con quién se trabaja, dónde se implementa, en qué consisten las acciones, qué indicadores se miden y qué tipo de adaptación cultural se reporta. La revisión organiza 97 intervenciones en una matriz comparativa que permite observar patrones sin depender de ejemplos aislados. Al pasar del relato estudio-por-estudio a una lectura transversal, se vuelve visible qué componentes dominan, qué combinaciones son recurrentes y qué dimensiones quedan subregistradas en el reporte, especialmente cuando los estudios declaran pertinencia cultural pero no documentan con precisión qué se adaptó, cómo se decidió, con qué procedimientos y con qué trazabilidad durante la implementación. El aporte principal es metodológico y operativo: el mapeo convierte un corpus disperso en preguntas comparables que pueden ser usadas por lectores clínicos, comunitarios y de salud pública para ubicar rápidamente el estado del campo. Al mismo tiempo, delimita vacíos que condicionan la acumulación de conocimiento: ventanas de evaluación cortas, medición de procesos irregular y descripción insuficiente de contenidos educativos, secuencias pedagógicas y mecanismos de seguimiento. Esa combinación —patrones visibles + vacíos identificables— define el alcance del artículo: ofrecer un mapa utilizable para leer el presente del campo y mejorar la forma en que se documentan las intervenciones futuras.

PALABRAS CLAVE: diabetes tipo 2; pueblos indígenas; intervenciones; revisión de alcance; salud intercultural.

* Doctorante en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora. Correo electrónico: vtellez@colson.edu.mx

** Profesor-investigador en el Colegio de Sonora. Correo electrónico: aharo@colson.edu.mx

Fecha de recepción: 23 de enero de 2026

Fecha de aceptación: 07 de abril de 2026

Interventions for Type 2 Diabetes in Indigenous Peoples: Characterizing the Field through a Scoping Review

ABSTRACT

The evidence on interventions for type 2 diabetes (T2D) in Indigenous peoples cannot be read as a homogeneous body of work: target populations vary, settings vary (school, clinic, home, community spaces), components vary, and so do evaluation approaches. In this context, this article does not aim to answer “what works best,” but rather to reconstruct the field’s actual architecture: who interventions work with, where they are implemented, what actions they include, which indicators are measured, and what kind of cultural adaptation is reported. The review organizes 97 interventions into a comparative matrix that makes it possible to observe patterns without relying on isolated examples. By moving from study-by-study narration to a cross-cutting reading, it becomes clear which components dominate, which combinations recur, and which dimensions are underreported—especially when studies claim cultural relevance but do not document precisely what was adapted, how decisions were made, through which procedures, and with what traceability during implementation. The main contribution is methodological and operational: the mapping turns a dispersed corpus into comparable questions that clinical, community, and public health audiences can use to rapidly locate the state of the field. At the same time, it delineates gaps that constrain knowledge accumulation: short evaluation windows, irregular process measurement, and insufficient description of educational content, pedagogical sequences, and follow-up mechanisms. This combination—visible patterns plus identifiable gaps—defines the scope of the article: to offer a usable map for reading the present of the field and improving how future interventions are documented.

KEYWORDS: type 2 diabetes; Indigenous peoples; interventions; scoping review; intercultural health.

Introducción

La DT2 constituye un problema prioritario de salud pública y su carga se distribuye de manera desigual entre poblaciones. En pueblos indígenas, distintos estudios han documentado prevalencias elevadas, inicio más temprano y mayor exposición a condiciones que dificultan la prevención y el control, aunque con variaciones importantes entre regiones, pueblos y sistemas de registro (Stotz et al., 2021; Morales et al., 2022; Tan et al., 2024). En el noroeste de México, por ejemplo, la evidencia en población pima de Sonora muestra incrementos de obesidad y cambios en indicado-

res de DT2 asociados a transiciones del entorno y del estilo de vida a lo largo del tiempo, subrayando el peso del componente ambiental por encima de lecturas reduccionistas centradas en predisposición genética (Esparza-Romero et al., 2015). Esta tendencia es congruente con hallazgos comparativos previos entre pimas de México y Estados Unidos, donde el contraste de contextos permite observar diferencias metabólicas y de riesgo vinculadas al ambiente (Esparza-Romero et al., 2010). En esa dirección, la transición epidemiológica observada en distintos pueblos indí-

genas no puede entenderse como efecto lineal de una susceptibilidad biológica aislada, sino como resultado de transformaciones en alimentación, actividad física, acceso a alimentos industrializados, movilidad, organización del trabajo y condiciones de vida.

La magnitud del problema ha impulsado el desarrollo de múltiples intervenciones para prevenir DT2 o mejorar su manejo en pueblos indígenas en América del Norte, América Latina y Oceanía. Estas intervenciones abarcan desde programas comunitarios orientados a estilos de vida y participación local —como experiencias de dirección comunitaria en contextos aborígenes australianos— hasta estrategias de promoción de la salud vinculadas con recuperación de prácticas alimentarias y fortalecimiento cultural en comunidades indígenas (Rowley et al., 2000; Satterfield et al., 2014; Satterfield y Frank, 2016). Sin embargo, el campo presenta una alta heterogeneidad en objetivos, componentes, escenarios de implementación (clínica, escuela, comunidad, hogar), actores involucrados (personal de salud, promotores, familias, liderazgos comunitarios) y resultados medidos, lo que dificulta extraer aprendizajes transferibles si la evidencia se revisa únicamente desde “qué funciona en promedio” sobre un conjunto reducido de desenlaces biométricos.

En este contexto, una revisión de alcance (scoping review) resulta pertinente cuando el objetivo no es estimar un efecto promedio, sino cartografiar el universo de estrategias disponibles, describir patrones de diseño, identificar vacíos y ordenar comparativamente cómo se han operacionalizado las intervenciones en diversos territorios y poblaciones (Arksey y O'Malley, 2005). Además, experiencias participativas clásicas —por ejemplo, programas escolares y comunitarios articulados

con una comunidad indígena en Canadá— muestran que el “diseño” y la “implementación” son dimensiones centrales para entender resultados, sostenibilidad y escalabilidad, y no meros detalles operativos (Potvin et al., 2003).

Por lo tanto, este artículo presenta una revisión de alcance de intervenciones dirigidas a pueblos indígenas para la prevención y el manejo de la DT2. El propósito es construir un mapa de evidencia que sintetice, de manera comparable, (1) a quiénes se dirigen las intervenciones, (2) en qué escenarios se implementan, (3) en qué consisten sus componentes, (4) qué indicadores evalúan y (5) qué elementos de adaptación cultural y participación comunitaria reportan. En lugar de describir estudio por estudio, el análisis organiza la evidencia en un Cuadro que permite visualizar concentraciones y ausencias del campo y, con ello, ofrecer una base empírica para orientar mejoras en el diseño y reporte de intervenciones futuras en contextos indígenas (Arksey y O'Malley, 2005).

Diseño de la revisión

Se diseñó una *revisión de alcance* con el objetivo de mapear de manera sistemática cómo se han diseñado e implementado las intervenciones, a quiénes se dirigen, en qué escenarios se desarrollan, qué componentes incorporan y qué dimensiones evalúan. La elección de este enfoque responde a la alta heterogeneidad observada en el campo, tanto en términos de poblaciones objetivo como de estrategias, niveles de acción, formas de adaptación cultural e indicadores utilizados, lo que limita la pertinencia de revisiones orientadas exclusivamente a la eficacia. El diseño metodológico siguió el marco propuesto por Arksey y O'Malley (2005), incorporando precisiones posteriores para fortalecer la claridad analítica

del proceso (Levac et al., 2010), y se reporta de acuerdo con las recomendaciones PRISMA-ScR.

Las búsquedas bibliográficas se realizaron en PubMed, Scopus y SciELO, complementadas con Dialnet, Redalyc y revisión manual de listas de referencias de artículos clave. Se utilizaron estrategias de búsqueda en español e inglés que combinaron términos relacionados con DT2, prevención y manejo, pueblos indígenas y evaluación de intervenciones, sin restricción geográfica y para el periodo comprendido entre 1991 y 2023. El proceso de cribado identificó inicialmente 113 referencias potencialmente relevantes. Tras la eliminación de duplicados y la aplicación de criterios de elegibilidad, se incluyeron 97 estudios originales de intervención, que constituyen el núcleo del mapa de evidencia, así como 16 revisiones narrativas o sistemáticas empleadas exclusivamente como insumo contextual para afinar categorías analíticas y contrastar hallazgos, sin incorporarse a los recuentos cuantitativos.

Las estrategias de búsqueda combinaron descriptores en español e inglés relacionados con DT2, intervenciones y poblaciones indígenas, utilizando operadores booleanos. A modo de ejemplo, en la base de datos PubMed se empleó la siguiente cadena de búsqueda: (“type 2 diabetes” OR “diabetes mellitus”) AND (indigenous OR “native populations”) AND (intervention OR program OR prevention). Las estrategias fueron ajustadas según las especificidades de cada base de datos.

Los criterios de inclusión para estudios originales fueron: describir una intervención explícita orientada a la prevención de la DT2, al manejo de DT2 diagnosticada o a ambos; estar dirigida principalmente a pueblos indígenas o comunidades con identificación étnica definida; reportar al menos

un resultado posterior a la intervención, independientemente de su significancia estadística; y contar con información metodológica suficiente para reconstruir los componentes, la población objetivo, el escenario de implementación y los principales resultados. Se excluyeron estudios que: (1) no describieran intervenciones explícitas; (2) no incluyeran población indígena claramente identificada; (3) no reportaran resultados posteriores a la implementación; (4) correspondieran a estudios exclusivamente epidemiológicos, editoriales o documentos conceptuales; o (5) no presentaran información suficiente para reconstruir los componentes, población objetivo, escenario de implementación y resultados. La selección se realizó en dos etapas, primero a partir de título y resumen y posteriormente mediante lectura a texto completo, hasta completar la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión predefinidos, garantizando consistencia en la selección de estudios y reproducibilidad del proceso.

Para los fines de este estudio, una intervención se definió de manera operativa como un conjunto organizado y deliberado de actividades implementadas de forma sistemática, dirigidas a modificar prácticas, entornos, capacidades o formas de atención relacionadas con la DT2, más allá de la atención clínica rutinaria. Cada estudio fue tratado analíticamente como una intervención compleja, potencialmente multicomponente y multinivel. La extracción de información se realizó en función de la construcción de un *Cuadro Maestro* comparativo, que constituyó el principal instrumento analítico de la revisión. En lugar de sintetizar los estudios por tipo de diseño o magnitud de efecto, la información se organizó en campos comparables que permitieron caracterizar las intervenciones según sus actividades y componentes, las poblaciones objetivo involucradas, los

escenarios de implementación, las dimensiones evaluadas —clínicas, conductuales, psicosociales o estructurales— y las estrategias de adaptación cultural y participación comunitaria reportadas.

El nivel de enraizamiento intercultural se definió como una categoría analítica orientada a describir el grado en que las intervenciones incorporan saberes, prácticas, actores y formas de organización propias de las comunidades indígenas. Su clasificación se realizó a partir de la información reportada en los estudios, mediante criterios operativos que distinguen tres niveles: (a) bajo, cuando la adaptación se limita a ajustes superficiales, como traducción de materiales o adecuaciones logísticas; (b) medio, cuando se incorporan elementos culturales relevantes —como alimentos locales, narrativas o participación familiar— sin modificar de manera sustantiva la lógica de intervención; y (c) alto, cuando existe participación activa de actores comunitarios en el diseño, implementación o toma de decisiones, incluyendo procesos de co-diseño, uso de lengua indígena y articulación con formas locales de organización. Esta clasificación tuvo un carácter interpretativo, basada en la descripción disponible en cada estudio, con el objetivo de hacer comparable una dimensión frecuentemente subdocumentada en la literatura.

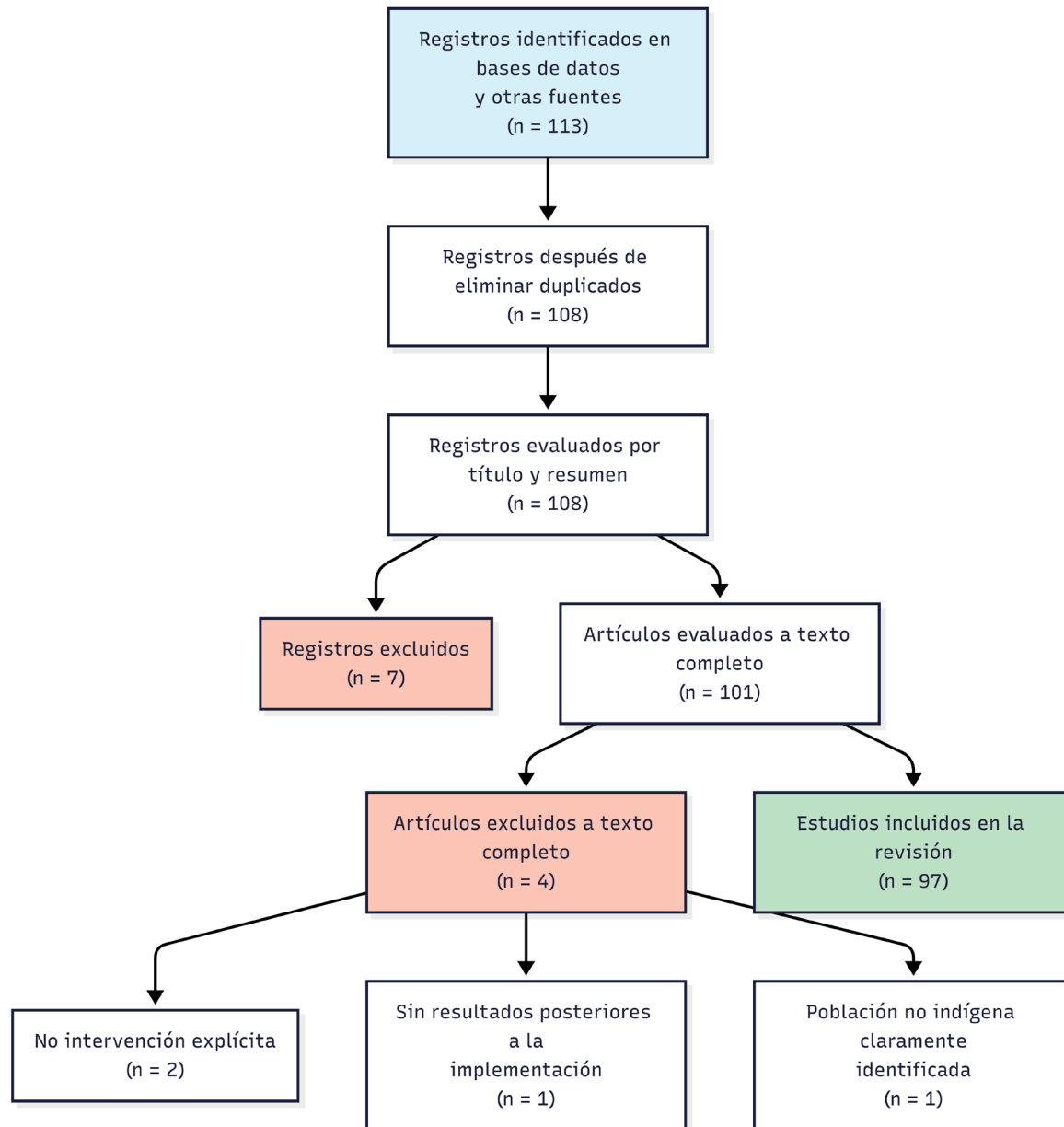
La síntesis combinó recuentos descriptivos y lectura comparativa cualitativa. A partir del Cuadro Maestro se elaboraron conteos simples del número de estudios que incorporan cada tipo de componente, escenario o dimensión de evaluación, así como cruces descriptivos orientados a identificar patrones recurrentes en el diseño de las intervenciones. Estos recuentos se utilizaron para una lectura comparativa de procesos, enfocada en comprender cómo se configuran las intervenciones en distintos contextos indígenas y qué vacíos

persisten en términos de documentación, diseño y evaluación. En coherencia con el enfoque de revisión de alcance, no se realizó evaluación formal de calidad metodológica ni análisis de riesgo de sesgo, ni se jerarquizaron los estudios por tipo de diseño, manteniendo el énfasis en mapear la diversidad y arquitectura del campo más que en establecer juicios de efectividad.

Con el fin de fortalecer la transparencia y reproducibilidad del proceso, la selección de estudios se sistematizó siguiendo las recomendaciones de PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión se presenta mediante un diagrama de flujo (Figura 1). En total, se identificaron 113 registros potencialmente relevantes a partir de las búsquedas en bases de datos y revisión manual de referencias. Tras la eliminación de duplicados y la evaluación por título y resumen, se seleccionaron estudios para lectura a texto completo, aplicando posteriormente los criterios de elegibilidad definidos. Finalmente, se incluyeron 97 estudios originales de intervención que conforman el corpus analítico de la revisión.

Resultados

Se identificaron 97 artículos, que reportan 81 intervenciones dirigidas a pueblos indígenas con DT2 o con riesgo elevado de desarrollarla (varias intervenciones cuentan con más de una publicación), implementadas principalmente en América del Norte, Oceanía y, en menor medida, América Latina. La producción científica se concentra de manera marcada en países anglosajones de altos ingresos —en particular Estados Unidos, Canadá y Australia—, seguidos por Nueva Zelanda, mientras que las experiencias documentadas en América Latina son escasas y presentan evalua-

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA-ScR)

Fuente: elaboración propia con base en PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

ciones menos sistemáticas. Esta distribución refleja asimetrías estructurales en la generación de evidencia y condiciona el alcance comparativo de los resultados, ya que los programas desarrollados en contextos anglosajones suelen disponer de mayores recursos institucionales, continuidad temporal y marcos participativos explícitos, en contraste con intervenciones latinoamericanas de menor escala y con reportes más descriptivos (Tan et al., 2024; Stotz et al., 2021; Morales et al., 2022).

Desde una perspectiva temporal, el campo muestra una evolución progresiva en el tipo y complejidad de las intervenciones. A finales de la década de 1990 predominaban programas piloto orientados a la prevención primaria o al manejo clínico en población adulta, con énfasis en educación en estilos de vida y control metabólico (Narayan et al., 1998; Rowley et al., 2000). Durante la década de 2000 se observa la expansión de intervenciones comunitarias más complejas, que incorporan formación de promotores, componentes escolares y acciones sobre la alimentación local, particularmente en contextos indígenas de Norteamérica (Bachar et al., 2006; Gittelsohn y Rowan, 2011). En la última década, un número creciente de estudios explicita marcos teóricos como la investigación-acción participativa, la promoción de la salud o los modelos ecológicos, y amplía la medición de resultados hacia dimensiones psicosociales y comunitarias, aunque los indicadores biomédicos continúan ocupando un lugar central (Chambers et al., 2015; Rohit et al., 2021).

Las poblaciones objetivo se agrupan en tres conjuntos principales: intervenciones dirigidas a personas adultas con diagnóstico confirmado de DT2, generalmente implementadas desde servicios de salud; programas de prevención primaria orientados a niñas, niños y adolescentes en contextos

escolares; e iniciativas que articulan ambos niveles mediante abordajes familiares y comunitarios. En todos los casos, los objetivos se orientan predominantemente a la modificación de prácticas relacionadas con alimentación y actividad física, acompañadas en menor medida por componentes de apoyo psicosocial y comunitario. Sin embargo, se observa una tendencia creciente a integrar dimensiones educativas y culturales que trascienden la apelación exclusiva al cambio conductual individual, especialmente en programas de base comunitaria (Potvin et al., 2003; Satterfield et al., 2016).

La síntesis de los estudios se organizó a partir de cinco preguntas descriptivas —escenario principal de implementación, componentes centrales, intensidad y duración, agentes involucrados y tipos de resultados reportados— con el fin de identificar configuraciones recurrentes sin analizar intervenciones de manera individual (Cuadro 1). Este enfoque permitió mapear patrones del campo y distinguir arreglos programáticos comunes. Las intervenciones escolares constituyen un escenario sistemático para la prevención primaria, combinando contenidos curriculares adaptados, actividad física regular y participación familiar, como ocurre en el Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project y programas afines (Macaulay et al., 1997; Potvin et al., 2003). Las intervenciones centradas en servicios de salud se estructuran principalmente en torno a la reorganización de procesos clínicos, auditorías, recordatorios y educación en autocuidado, con menor presencia de acciones comunitarias extendidas, como se documenta en contextos aborígenes australianos (McDermott et al., 2004; Bailie et al., 2004).

Un tercer conjunto relevante corresponde a intervenciones basadas en promotores comunitarios, visitas domiciliarias y espacios grupales,

que sitúan el trabajo educativo en la interfaz entre hogar, comunidad y servicios de salud. Estos programas incorporan formación de promotores indígenas, acompañamiento a consultas y uso de narrativas locales para trabajar el sentido del diagnóstico y las decisiones terapéuticas, con resultados consistentes en autoeficacia y adherencia (Castro et al., 2009; Jernigan y Lorig, 2011; Chambers et al., 2015). Finalmente, un número menor pero significativo de intervenciones amplía el foco hacia entornos alimentarios y territoriales, mediante cambios en la oferta de tiendas, huertos comunitarios, políticas tribales y actividades de recolección y cultivo tradicional, como en el Traditional Foods Project y los programas desarrollados en comunidades navajo (Satterfield et al., 2014; 2016; Gittelsohn et al., 2013; 2017).

En términos metodológicos, las 97 intervenciones se distribuyen en tres subconjuntos. El primero incluye estudios cuantitativos con diseños experimentales o cuasi-experimentales, que buscan alta validez interna mediante asignación aleatoria o grupos de comparación, aunque siguen siendo minoritarios en contextos indígenas (Macaulay et al., 1997; Sauder et al., 2018). El segundo agrupa estudios mixtos y cualitativos enmarcados en investigación-acción participativa o enfoques comunitarios, que privilegian la descripción de procesos de co-diseño, gobernanza y apropiación local por encima de la estimación de tamaños de efecto (Satterfield et al., 2014; 2016). El tercero corresponde a evaluaciones programáticas y documentos de campo que, pese a carecer de diseños comparativos formales, aportan descripciones densas sobre organización, adaptaciones locales y sostenibilidad de las intervenciones.

Los efectos reportados se concentran en tres planos. En el plano clínico-biometabólico, las intervenciones intensivas de estilo de vida en pobla-

ción adulta muestran reducciones modestas pero consistentes en peso corporal, circunferencia de cintura y presión arterial, así como descensos variables en HbA1c cuando existe apoyo estructurado al automanejo (McAuley et al., 2003; Rankin et al., 2016; Tan et al., 2024). En población infantil y adolescente, los cambios son más frecuentes en marcadores intermedios y conductuales que en indicadores antropométricos (Ritenbaugh et al., 2003; Sauder et al., 2018). En el plano conductual y psicosocial, se documentan incrementos en conocimientos, autoeficacia y prácticas alimentarias, especialmente en programas que combinan educación grupal con acompañamiento comunitario (Castro et al., 2009; Mead et al., 2013). Los efectos socioculturales y territoriales se reportan con menor estandarización, pero incluyen fortalecimiento de redes de cuidado, mayor presencia de alimentos tradicionales y adopción de políticas locales sobre oferta alimentaria (Satterfield et al., 2014; 2016; Gittelsohn et al., 2017).

El análisis transversal permite identificar factores asociados con mayor probabilidad de sostener cambios en el tiempo. Entre ellos destacan la existencia de arreglos claros de gobernanza comunitaria, la duración suficiente de las intervenciones y la articulación entre múltiples escenarios de acción. Programas con participación efectiva de autoridades locales, estabilidad de equipos y continuidad institucional tienden a mostrar mayor coherencia entre componentes educativos, clínicos y ambientales, mientras que la rotación de personal, la dependencia de financiamiento externo y la fragmentación sectorial aparecen como barreras recurrentes para la sostenibilidad (Potvin et al., 2003; Satterfield et al., 2016; Tan et al., 2024).

En conjunto, los resultados muestran que la efectividad de las intervenciones no depende de

componentes aislados, sino de cómo estos se ensamblan en sistemas locales de salud específicos. Aunque el control metabólico continúa siendo el principal criterio de evaluación, el mapa de evidencia revela una expansión gradual hacia dimensiones psicosociales y comunitarias, así como un conjunto de configuraciones programáticas que ofrecen insumos prácticos para el diseño de modelos de atención primaria en salud intercultural en contextos indígenas.

El Cuadro 1 presenta una síntesis descriptiva de los campos de intervención identificados en el conjunto de estudios incluidos en la revisión. Su función no es clasificar programas de manera excluyente ni jerarquizar enfoques, sino mostrar la frecuencia relativa con la que distintos componentes, escenarios y estrategias aparecen en las intervenciones dirigidas a pueblos indígenas. Por esta razón, las filas del cuadro deben leerse como campos analíticos no mutuamente excluyentes, ya que un mismo estudio puede contribuir simultáneamente a varios de ellos.

En consecuencia, el número de estudios asociado a cada campo refleja la cantidad de intervenciones que incorporan ese tipo de acción, y no el número total de estudios independientes. La superposición entre campos explica que la suma de frecuencias supere el total de estudios incluidos en la revisión. Esta característica no constituye una limitación metodológica, sino que expresa la naturaleza compleja y combinatoria de las intervenciones en DT2, en las que educación, clínica, comunidad y entorno suelen articularse de manera simultánea. Desde esta lógica, el cuadro permite identificar patrones cuantificables en la distribución de los componentes. Como se observa en la Figura 2, los campos más frecuentes corresponden a educación estructurada en DT2 y estilos

de vida, intervenciones escolares y estrategias de actividad física comunitaria, lo que indica que la mayor parte de las intervenciones prioriza acciones educativas y de modificación de conductas en espacios institucionales relativamente estables. En un segundo nivel de frecuencia aparecen la articulación con servicios de salud y las intervenciones mediadas por promotores comunitarios, visitas domiciliarias y acompañamiento, lo que sugiere un esfuerzo relevante —aunque no dominante— por extender la intervención más allá del contacto clínico puntual.

Los campos con menor número de estudios corresponden a intervenciones centradas en entornos alimentarios, políticas comunitarias y configuraciones multinivel integradas. Aunque menos frecuentes, estos campos concentran intervenciones de mayor duración y complejidad operativa, y tienden a requerir arreglos de gobernanza más amplios, coordinación intersectorial y marcos normativos locales. Su menor presencia cuantitativa no implica menor relevancia analítica, sino mayores exigencias de implementación y sostenibilidad.

El cuadro 1 también permite observar diferencias sistemáticas en la duración y el seguimiento según el campo de intervención. Las acciones educativas, escolares y de actividad física suelen concentrarse en periodos de corta a mediana duración, mientras que los cambios organizacionales en servicios de salud, los dispositivos comunitarios sostenidos y las intervenciones sobre sistemas alimentarios y territorio comprendieron horizontes temporales más largos. Este patrón refuerza la idea de que la intensidad y la duración constituyen dimensiones clave para interpretar los alcances de cada campo.

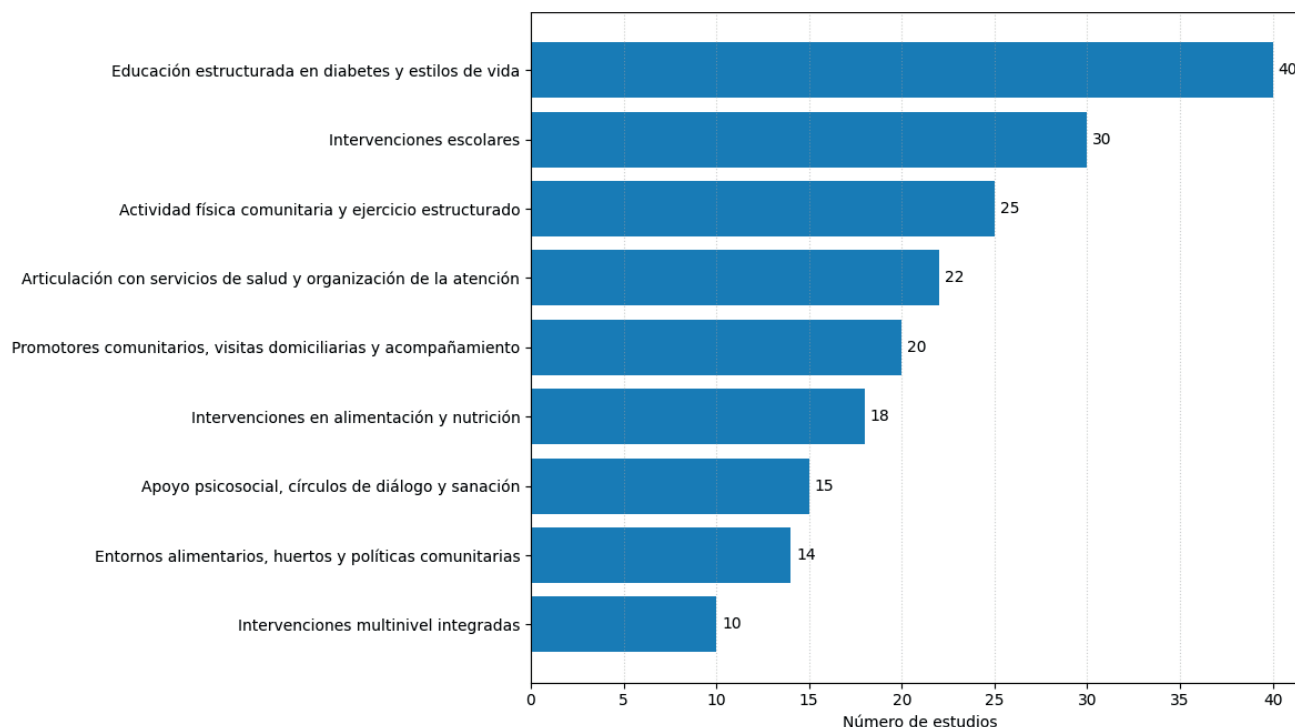
Cuadro 1. Cuadro Maestro: Caracterización de intervenciones en diabetes en pueblos indígenas (revisión de alcance)

Tipo / campo de intervención	¿Con quién se trabajó? (población objetivo)	¿Dónde se intervino? (escenarios)	¿En qué consistió la intervención?	¿Qué se midió / evaluó?
Educación estructurada en diabetes y estilos de vida	Adultos con DT2; familiares; cuidadores; en algunos casos adolescentes	Clínicas; centros comunitarios; escuelas; espacios comunales	Programas educativos con sesiones estructuradas sobre diabetes, alimentación, actividad física, autocuidado y prevención de complicaciones	Conocimientos sobre diabetes y dieta; HbA1c; glucosa; peso; conducta alimentaria; actividad física; autoeficacia
Intervenciones escolares (niñez y adolescencia)	Niñas, niños y adolescentes; docentes; familias	Escuelas; comedores escolares; patios; huertos escolares	Cambios curriculares; talleres; recreos activos; regulación de alimentos; educación nutricional y física	IMC; peso; conocimientos; dieta; actividad física; participación familiar
Intervenciones en alimentación y nutrición	Adultos con DT2; familias; mujeres cuidadoras	Cocinas comunitarias; centros comunitarios; hogares	Talleres de cocina; recuperación de recetas tradicionales; planificación de menús; compras saludables	Dieta; consumo de ultraprocesados; conocimientos; autoeficacia
Actividad física comunitaria y ejercicio estructurado	Adultos con DT2; adolescentes; comunidad general	Centros comunitarios; espacios abiertos; gimnasios; calles	Caminatas; ejercicio grupal; deportes; actividades físicas culturalmente significativas	Actividad física; peso; IMC; HbA1c; bienestar
Promotores comunitarios, visitas domiciliarias y acompañamiento	Adultos con DT2; familias; cuidadores	Hogares; comunidad; clínicas	Visitas domiciliarias; seguimiento; acompañamiento; educación personalizada	HbA1c; adherencia; uso de servicios; autoeficacia; hospitalizaciones
Apoyo psicosocial, círculos de diálogo y sanación	Adultos con DT2; comunidad; mayores	Centros comunitarios; iglesias; espacios rituales	Círculos de palabra; narrativas de vida; manejo del estrés; sanación emocional	Autoeficacia; calidad de vida; estrés; bienestar emocional
Entornos alimentarios, huertos y políticas comunitarias	Comunidad general; autoridades locales; familias	Tiendas; mercados; huertos; escuelas	Cambios en oferta alimentaria; huertos; señalización; políticas locales	Disponibilidad de alimentos; patrones de compra; consumo
Articulación con servicios de salud y organización de la atención	Adultos con DT2; personal de salud	Clínicas; hospitales; comunidad	Evaluar referencia a servicios; seguimiento clínico; auditorías; coordinación intersectorial	HbA1c; uso de servicios; hospitalizaciones; adherencia
Intervenciones multinivel integradas	Pacientes; familias; comunidad; escuelas; servicios	Escuela-clínica-comunidad-territorio	Combinación articulada de educación, clínica, comunidad y entorno	Clínicos; conductuales; psicosociales; organizacionales

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión.

¿Cómo se adaptó culturalmente?	Nivel de enraizamiento intercultural (descripción breve)	Barreras y limitaciones reportadas	Duración y seguimiento	Nº de estudios que incluyen este campo
Uso parcial de lengua local; ejemplos culturales; promotores comunitarios	Adaptación cultural variable: desde materiales traducidos hasta incorporación limitada de referentes culturales locales	Sobrecarga asistencial; baja adherencia; barreras lingüísticas; rotación de personal	3–12 meses; seguimiento irregular	≈ 40
Inclusión de alimentos locales; participación de familias; narrativas culturales ocasionales	Enraizamiento bajo a medio: enfoque escolar con adaptación cultural parcial, raramente co-diseñada	Rigidez curricular; baja continuidad; débil articulación con salud	Ciclos escolares (6–12 meses)	≈ 30
Uso de alimentos tradicionales; transmisión intergeneracional; aprendizaje práctico	Enraizamiento medio: saberes alimentarios locales reconocidos, pero no siempre protegidos ni gobernados comunitariamente	Disponibilidad limitada de alimentos; costos; estacionalidad	3–12 meses	≈ 18
Adaptación funcional de actividades; uso de espacios locales	Enraizamiento bajo a medio: adaptación logística más que cultural profunda	Clima; infraestructura; adherencia	3–12 meses	≈ 25
Uso de lengua indígena; promotores locales; relación de confianza	Enraizamiento alto: intervención mediada por actores comunitarios y prácticas locales	Precariedad laboral; rotación; coordinación con servicios	6–18 meses	≈ 20
Uso de prácticas culturales, rituales y narrativas	Enraizamiento alto: la intervención se apoya en marcos simbólicos y relacionales propios	Dificultad de medición biomédica; baja financiación	Variable	≈ 15
Recuperación de sistemas alimentarios locales; participación comunitaria	Enraizamiento medio–alto cuando existen normas comunitarias; bajo si es solo ambiental	Intereses comerciales; dependencia de cadenas externas	≥12 meses	≈ 14
Intérpretes; ajustes de horarios; reconocimiento parcial de medicina tradicional	Enraizamiento bajo a medio: predomina la lógica biomédica, con adaptaciones puntuales	Sobrecarga; falta de intérpretes; normatividad rígida	≥12 meses	≈ 22
Co-diseño; participación comunitaria; gobernanza compartida	Enraizamiento alto: integración explícita de saberes, actores y decisiones locales	Complejidad operativa; financiamiento inestable	18–24 meses o más	≈ 10

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión.

Figura 2. Frecuencia de campos de intervención identificados en los estudios incluidos

Fuente: elaboración propia a partir del Cuadro 1.

Finalmente, la columna de enraizamiento intercultural-territorial muestra que la adaptación cultural explícita no se distribuye de manera homogénea entre los campos. Los niveles más altos de enraizamiento se concentran en intervenciones mediadas por actores comunitarios, en dispositivos de apoyo psicosocial y en configuraciones multinivel, mientras que los campos más frecuentes presentan adaptaciones parciales o funcionales. Esta distribución sugiere que la incorporación profunda de lenguas, prácticas y formas locales de gobernanza sigue siendo menos común que la adaptación superficial de contenidos o formatos.

En conjunto, la síntesis derivada del Cuadro 1 permite visualizar qué tipos de componentes y escenarios predominan, cuáles son menos frecuentes,

y cómo se distribuyen la duración, las barreras y el grado de enraizamiento intercultural, sin evaluar efectividad ni establecer comparaciones causales. De este modo, el cuadro opera como una herramienta de lectura transversal que organiza el mapa de evidencia y prepara el terreno para la interpretación analítica posterior.

Discusión

El campo de intervenciones en DT2 en pueblos indígenas se ha consolidado principalmente alrededor de estrategias educativas y conductuales orientadas a modificar prácticas cotidianas (alimentación, actividad física, autocuidado), con extensiones frecuentes hacia apoyo social y participación familiar. En esta lógica, el cambio

se operacionaliza mediante sesiones, acompañamiento y recursos educativos que buscan traducir recomendaciones clínicas a rutinas del hogar y de la comunidad. Un ejemplo claro es el trabajo preventivo y de manejo con jóvenes indígenas mediante visitas domiciliarias y participación de cuidadores, donde el énfasis se coloca en habilidades prácticas, soporte familiar y continuidad del acompañamiento para sostener cambios en el tiempo (Chambers et al., 2015; 2018).

La concentración de estudios en países anglosajones de altos ingresos no solo expresa una distribución desigual de recursos para investigar e intervenir; también produce una asimetría en los marcos desde los cuales se define qué cuenta como intervención relevante, qué dimensiones deben evaluarse y qué formas de evidencia adquieren mayor legitimidad. En esos contextos, las intervenciones suelen desarrollarse con mayor soporte institucional, continuidad programática y estructuras más formalizadas de participación indígena, mientras que en América Latina predominan experiencias menos documentadas, de menor escala o con reportes metodológicos más breves. Esta desigualdad limita la comparabilidad regional y obliga a leer con cautela cualquier generalización del campo, ya que la escasa visibilidad latinoamericana no equivale a ausencia de experiencias, sino también a menor publicación, sistematización y circulación de resultados (Stotz et al., 2021; Morales et al., 2022; Tan et al., 2024).

De forma paralela, es alta la frecuencia de intervenciones multicomponente. Esto no solo refiere a “sumar actividades”, sino a integrar componentes que actúan sobre distintos puntos del proceso: sesiones educativas, actividades físicas organizadas, acciones comunitarias y, en algunos casos, ajustes del entorno alimentario. En el programa

comunitario dirigido localmente en una comunidad aborígen australiana, esa multicomponencia se expresa en la combinación de caminatas familiares, educación nutricional, deportes comunitarios y cambios en tiendas, con mediciones repetidas mediante encuestas comunitarias y resultados que mostraron mejoras metabólicas y en hábitos, aunque con menor consistencia en indicadores antropométricos y prevalencia (Rowley et al., 2000).

En cuanto a escenarios, la literatura muestra un uso variable y estratégico de clínica, escuela, hogar y espacios comunitarios, con intervenciones que alternan entre acciones focalizadas en individuos/familias y otras que intentan ampliar el radio hacia sistemas alimentarios y prácticas intergeneracionales. En proyectos de recuperación de alimentos tradicionales, el componente cultural aparece como estructura de movilización y de aprendizaje práctico (actividades de cosecha, preparación y transmisión intergeneracional), lo que desplaza parcialmente la intervención desde el “cambio de conducta individual” hacia prácticas colectivas sostenidas en redes comunitarias (Satterfield et al., 2014).

Pese a la diversidad de formatos, el mapa sugiere vacíos repetidos que limitan lo que puede inferirse sobre sostenibilidad y mecanismos. Primero, persisten evaluaciones acotadas a ventanas relativamente cortas, lo que favorece la captura de cambios iniciales y dificulta distinguir pautas consolidadas de mantenimiento de efectos que pudieran ser transitorios. Esta limitación se vuelve más visible cuando se analizan componentes que requieren tiempo para estabilizarse —por ejemplo, cambios ambientales, consolidación de redes comunitarias o maduración de rutinas familiares—, cuya trayectoria difícilmente se observa

con seguimientos breves (Ramesh et al., 2008). Se aprecia en la mayoría de intervenciones revisadas que los impactos son modestos, aun cuando se manifiesten mejoras notables en conocimientos adquiridos, pero los cambios dietéticos, antropométricos y de actividad física son mucho más discretos, además de que el tiempo de seguimiento suele ser limitado en el grueso de los trabajos.

Segundo, la medición de procesos es limitada o desigual. Se reportan componentes y actividades, pero con frecuencia se documenta poco la implementación real, las adaptaciones durante la marcha, la variación entre sedes y los mecanismos que explican por qué una intervención “funciona” en un sitio y no en otro. Desde la literatura de intervención participativa, esta carencia es crítica: si el trabajo comunitario implica negociación continua, aprendizaje colectivo y flexibilidad programática, entonces la trazabilidad del proceso no es un complemento, sino parte de la evidencia necesaria para interpretar resultados (Potvin et al., 2003).

Tercero, la adaptación cultural suele describirse de manera insuficiente o con granularidad baja, es decir, poco detallada. Con frecuencia se enuncia que existe adecuación cultural (materiales pertinentes, incorporación parcial de lengua o mediadores comunitarios), pero no siempre queda claro qué se adaptó (contenidos, forma pedagógica, mediación, gobernanza), con qué procedimiento y bajo qué criterios. Esta falta de especificación restringe la comparación fina entre intervenciones y reduce la transferibilidad de aprendizajes hacia otros territorios, especialmente cuando el componente cultural es presentado como parte central de la propuesta (Chambers et al., 2018; Potvin et al., 2003).

En este punto conviene distinguir el enraizamiento intercultural de otras nociones próximas. La adaptación cultural puede limitarse a ajustar materiales, ejemplos, lengua o formatos para mejorar aceptabilidad; la contextualización remite a adecuar la intervención a condiciones locales de implementación; y la apropiación alude al grado en que actores comunitarios hacen suya una propuesta ya existente. En cambio, el enraizamiento intercultural supone un nivel más profundo de articulación entre la intervención y las formas locales de vida, cuidado, autoridad, lenguaje y producción de sentido. No se reduce a “hacer pertinente” una actividad, sino a reconocer si ésta se inserta efectivamente en relaciones comunitarias, actores legítimos y prácticas localmente significativas (Potvin et al., 2003; Ministerio de Salud de Chile, 2023).

Cuarto, el seguimiento longitudinal y la incorporación sistemática de dimensiones que pueden modificar riesgo y adherencia aparecen de forma más bien puntual. Un ejemplo es el análisis sobre calidad del sueño y riesgo de DT2 en población indígena con prediabetes dentro de una intervención de estilo de vida, donde el sueño corto se asocia con mayor riesgo y menor pérdida de peso; este tipo de hallazgo evidencia el potencial de ampliar lo evaluado, pero también muestra que su integración consistente al diseño y al monitoreo aún no es una práctica extendida (Nuyujukian et al., 2016).

A partir de lo anterior, se delinean tres prioridades de agenda (sin traducirse en propuestas de modelo). La primera es fortalecer la documentación mínima comparable: describir con precisión componentes, dosis, escenarios, actores, secuencia de implementación y cambios realizados durante el proceso, de modo que la evidencia permita re-

construir no solo “qué se intentó”, sino “qué se ejecutó” y bajo qué condiciones (Potvin et al., 2003). La segunda es hacer explícita la adaptación cultural como dimensión analítica: no basta con declarar pertinencia; se requiere reportar qué se adaptó, quién decidió, cómo se resolvieron tensiones y cómo se integraron los arreglos de decisión y participación en el diseño y la evaluación (Satterfield et al., 2014).

Desde esa perspectiva, la sistematización comparativa elaborada en esta revisión puede ser útil como herramienta de orientación para la atención primaria en salud en contextos interculturales. No porque ofrezca un modelo prescriptivo, sino porque permite identificar con mayor precisión qué combinaciones de actores, escenarios, componentes y formas de adaptación han sido reportadas en la literatura, y cuáles permanecen subdocumentadas. En términos prácticos, esta sistematización puede ayudar a distinguir qué elementos requieren mayor definición al diseñar intervenciones locales, especialmente en contextos donde la atención primaria en salud debe articular acciones clínicas, comunitarias y preventivas con recursos limitados (OPS, 2023).

La tercera prioridad es robustecer la evaluación de procesos, incluyendo factibilidad, participación, adherencia a las pautas aprendidas y trayectorias de uso de componentes, particularmente en intervenciones mediadas por tecnología o con componentes remotos, donde el “uso real” condiciona la interpretación de resultados. En programas de automanejo en línea, por ejemplo, la contribución al campo depende de reportes claros sobre patrones de participación, retención y desempeño, además de desenlaces (Jernigan y Lorig, 2011). En conjunto, estas prioridades apuntan a mejorar la comparabilidad del campo y a producir evidencia más útil para comprender mecanismos

y continuidad, incluyendo cuando sea factible un seguimiento más prolongado (Nuyujukian et al., 2016; Ramesh et al., 2008).

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el corpus incluido es altamente heterogéneo en objetivos, escalas, poblaciones, diseños y resultados medidos, lo que impide establecer comparaciones fuertes entre intervenciones o derivar inferencias sobre superioridad relativa de unas estrategias frente a otras. En segundo lugar, la caracterización realizada depende en gran medida del nivel de detalle reportado en los artículos originales; por ello, campos como adaptación cultural, participación comunitaria, gobernanza o contenidos específicos de los componentes pueden aparecer subestimados cuando los estudios no los describen con precisión. En tercer lugar, la evidencia disponible se concentra en países anglosajones, mientras que América Latina se encuentra escasamente representada, lo que restringe la capacidad de lectura regional comparativa. Finalmente, por tratarse de una revisión de alcance, no se realizó evaluación formal de calidad metodológica ni análisis de riesgo de sesgo, de modo que los hallazgos deben interpretarse como un mapa descriptivo del campo y no como una síntesis de efectividad (Arksey y O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Tricco et al., 2018).

Conclusiones

El cierre de este trabajo reside en su capacidad de ordenar un campo heterogéneo sin forzarlo a una jerarquía de “lo que funciona mejor”, que en revisiones exploratorias o de alcance rara vez puede sostenerse con consistencia comparativa, en vista de la amplia variabilidad en los diseños y sus estrategias metodológicas y de evaluación. Como se señala en otras revisiones sobre el tema (Arksey y O'Malley, 2005; Tricco et al., 2018), el

valor del mapeo no está en sustituir la diversidad por una narrativa única, sino en volver visible lo qué se ha hecho, con quién, dónde, en qué consiste, cómo se evalúa y cómo se adapta; es decir, en delimitar el perímetro real del campo y sus zonas de sombra, de manera útil para lectores clínicos, comunitarios y de salud pública.

El Cuadro Maestro constituye el aporte central como artefacto de sistematización: permite traducir un corpus disperso en una matriz comparativa que responde de forma trazable a preguntas operativas (población objetivo, escenarios, componentes, mediciones, adaptación cultural, barreras y temporalidad). Su utilidad no depende de presentarlo como “resultado sustantivo” superior a los hallazgos, sino como una herramienta que reduce ambigüedad, evita que la discusión se sostenga en ejemplos aislados y habilita una lectura cualitativa y cuantitativa descriptiva (por frecuencias) sin que el artículo pretenda ofrecer un meta-análisis estadístico (Levac et al., 2010; Peters et al., 2020).

Una implicación metodológica inmediata, derivada del propio ejercicio de mapeo, es la necesidad de separar con mayor nitidez la lógica preventiva, la lógica de manejo clínico y los diseños mixtos. En el campo revisado, una proporción relevante de proyectos ocupa más de un “campo” (p. ej., educación + promotores + entorno alimentario), por lo que el conteo por componentes tiende a “inflarse” si se interpreta como número de intervenciones únicas. La lectura más informativa es distinguir: (a) intervenciones únicas, (b) campos/componentes presentes (conteo múltiple), y (c) configuraciones (combinaciones recurrentes). Este ajuste mejora la “amigabilidad” del texto y evita confundir al lector cuando prevención y atención aparecen entrelazadas en los mismos programas (Tricco et al., 2018; Peters et al., 2020).

El mapeo también permite delinear una agenda de investigación futura centrada en mejorar la documentación y el nivel de detalle con que se reportan las intervenciones. Un vacío transversal no es solamente qué componentes existen, sino cómo se ejecutan: con frecuencia, expresiones como “talleres de autocuidado” o “educación estructurada” no especifican contenidos, secuencias pedagógicas, técnicas didácticas, instrumentos de evaluación ni mecanismos de seguimiento, lo que limita la comparabilidad, la replicabilidad y la lectura crítica del proceso. De manera semejante, la adaptación cultural suele describirse en términos generales —lengua, materiales, promotores—, pero con escasa precisión sobre quién decide, bajo qué reglas, con qué participación y cómo se evalúa. A ello se suman vacíos relevantes en seguimiento longitudinal, medición de procesos y registro de dimensiones que inciden en la trayectoria terapéutica, como estrés, salud mental, consumo de alcohol u otras sustancias y experiencias de daño evitable, factores que condicionan adherencia, autocuidado y uso de servicios (Potvin et al., 2003; Chambers et al., 2015; 2018; Ramesh et al., 2008; Nuyujukian et al., 2016; Rowley et al., 2000).

Finalmente, este trabajo muestra la utilidad de la revisión de alcance como plataforma para orientar investigación futura con dos exigencias simultáneas: precisión descriptiva (qué se hizo y cómo) y criterios de reporte que permitan acumular conocimiento sin depender de “casos emblemáticos”. La contribución esperable es que próximas investigaciones reporten con mayor detalle: contenidos educativos, mecanismos de adaptación cultural, participación y gobernanza, mediaciones lingüísticas, inclusión de promotores y —cuando existan— vínculos con actores comunitarios y terapeutas tradicionales, además de barreras con-

textuales y temporalidad de implementación. Con ello, el campo podrá avanzar desde inventarios de intervenciones hacia comparaciones más finas entre configuraciones, procesos y resultados, sin exigirle a una scoping review lo que metodológicamente no promete (Arksey y O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Tricco et al., 2018).

Referencias bibliográficas

- ARKSEY, H. Y O'MALLEY, L. (2005). "Scoping studies: Towards a methodological framework", *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 8, núm. 1: 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- BACHAR, J., LEFER, L., REED, L., MCCOY, T., BAILEY, R. Y BELL, R. (2006). "Cherokee choices: a diabetes prevention program for American Indians", *Preventing Chronic Disease*, vol. 3, núm. 3: A103.
- BAILIE, R. S., SI, D., ROBINSON, G. W., TONIN, S. Y D'ABBS, P. H. (2004). "A multifaceted health-service intervention in remote Aboriginal communities: 3-year follow-up of the impact on diabetes care", *Medical Journal of Australia*, vol. 181, núm. 4: 195-200.
- BUICHIA, F. G., DÓRAME, N. A., MIRANDA, P. E., CASTRO, A. Y ESPARZA, J. (2020). "Prevalencia y factores asociados a diabetes mellitus tipo 2 en población indígena de México: revisión sistemática", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 58, núm. 3: 317-327.
- CASTRO, S., O'TOOLE, M., BROWNSON, C., PLESSSEL, K. Y SCHAUBEN, L. (2009). "A diabetes self-management program designed for urban American Indians", *Preventing Chronic Disease*, vol. 6, núm. 4: A131.
- CHAMBERS, R. A., ROSENSTOCK, S., NESETT, N., KENNEY, A., REDOCK, J., BEGAY, K., BLACKSWIFT, T., LAVALLIE, O., DUGGAN, C. M. Y KHAN, A. B. (2015). "A home-visiting diabetes prevention and management program for American Indian youth: The Together on Diabetes Trial", *The Diabetes Educator*, vol. 41, núm. 4: 1-12. <https://doi.org/10.1177/0145721715608853>
- CHAMBERS, R., ROSENSTOCK, S., WALLS, M., KENNEY, A., BEGAY, M., JACKSON, K., NELSON, L., NEAULT, N., GOKLISH, N., VAN DE MHEEN, D. Y BARLOW, A. (2018). "Engaging Native American caregivers in youth-focused diabetes prevention and management", *Preventing Chronic Disease*, vol. 15: E85. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170521>
- ESPARZA-ROMERO, J., VALENCIA, M. E., MARTÍNEZ, M. E., RAVUSSIN, E., SCHULZ, L. O. Y BENNETT, P. H. (2010). "Differences in insulin resistance in Mexican and U.S. Pima Indians with normal glucose tolerance", *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 95, núm. 11: E358-E362. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0297>
- ESPARZA-ROMERO, J., VALENCIA, M. E., URQUIDEZ-ROMERO, R., CHAUDHARI, L. S., HANSON, R. L., KNOWLER, W. C., RAVUSSIN, E., BENNETT, P. H. Y SCHULZ, L. O. (2015). "Environmentally driven increases in type 2 diabetes and obesity in Pima Indians and non-Pimas in Mexico over a 15-year period: The Maycoba Project", *Diabetes Care*, vol. 38, núm. 11: 2075-2082. <https://doi.org/10.2337/dc15-0089>

- GITTELSOHN, J., JOCK, B., POIRIER, L., WENSEL, C., PARDILLA, M., FLEISCHHACKER, S., BLEICH, S. N., SWARTZ, J. Y TRUDE, A. C. B. (2020). "Implementation of a multilevel, multicomponent intervention for obesity control in Native American communities (OPREVENT2): Challenges and lessons learned", *Health Education Research*, vol. 35, núm. 3: 228-242. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa012>
- GITTELSOHN, J., JOCK, B., REDMOND, L., FLEISCHHACKER, S., ECKMANN, T., BLEICH, S. N., LOH, H., OGBURN, E. L., GADHOKE, P., SWARTZ, J., PARDILLA, M. Y CABALLERO, B. (2017). "OPREVENT2: Design of a multi-institutional intervention for obesity control and prevention for American Indian adults", *BMC Public Health*, vol. 17: 1050. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4018-0>
- GITTELSOHN, J., KIM, E. M., HE, S. Y PARDILLA, M. (2013). "A food store-based environmental intervention is associated with reduced BMI and improved psychosocial factors and food-related behaviors on the Navajo Nation", *The Journal of Nutrition*, vol. 143, núm. 9: 1494-1500.
- JERNIGAN, V. B. B. Y LORIG, K. (2011). "The Internet Diabetes Self-Management Workshop for American Indians and Alaska Natives", *Health Promotion Practice*, vol. 12, núm. 2: 261-270. <https://doi.org/10.1177/1524839909353178>
- LEVAC, D., COLQUHOUN, H. Y O'BRIEN, K. K. (2010). "Scoping studies: Advancing the methodology", *Implementation Science*, vol. 5, núm. 1: 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- MACAULAY, A. C., PARADIS, G., POTVIN, L., CROSS, E. J., SAAD-HADDAD, C., MCCOMBER, A., DESROSIERS, S., KIRBY, R., MONTOUR, L. T., LAMPING, D. L., LEDUC, N. Y RIVARD, M. (1997). "The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project: Intervention, evaluation, and baseline results of a diabetes primary prevention program with a native community in Canada", *Preventive Medicine*, vol. 26, núm. 6: 779-790. <https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0241>
- MCAULEY, K. A., MURPHY, E., MCLAY, R. T., CHISHOLM, A., STORY, G., MANN, J. I., THOMSON, R., BELL, D., WILLIAMS, S. M., GOULDING, A. D. Y WILSON, N. (2003). "Implementation of a successful lifestyle intervention programme for New Zealand Maori to reduce the risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease", *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 12, núm. 4: 423-426.
- MCDERMOTT, R., TULIP, F. Y SINHA, A. (2004). "Sustaining better diabetes care in remote Indigenous Australian communities", *Quality and Safety in Health Care*, vol. 13, núm. 4: 295-298. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009605>
- MEAD, E. L., GITTELSOHN, J., ROCHE, C., CORRIVEAU, A. Y SHARMA, S. (2013). "A community-based, environmental chronic disease prevention intervention to improve healthy eating psychosocial factors and behaviors in Indigenous populations in the Canadian Arctic", *Health Education and Behavior*, vol. 40, núm. 5: 592-602. <https://doi.org/10.1177/1090198112467793>
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2023). *Decreto núm. 21: Aprueba reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural*. Santiago de Chile: Diario Oficial de la República de Chile.
- MORALES, A., GRANDA, F., ROCHINA, M., ROSAS, F. Y LOMAS, J. (2022). "Diabetes mellitus tipo 2 en pueblos indígenas", *Revista Científica INSPI-LIP*, vol. 6, núm. especial: 6-17. <https://doi.org/10.31799/inspil.v6eSpecial.324>
- NARAYAN, K. M. V., HOSKIN, M., KOZAK, D., KRISKA, A. M., HANSON, R. L., PETTITT, D. J., NAGI, D. K., BENNETT, P. H. Y KNOWLER, W. C. (1998). "Randomized clinical trial of lifestyle interventions in Pima Indians: a pilot study", *Diabetic Medicine*, vol. 15, núm. 1: 66-72.

- NUYUJUKIAN, D. S., BEALS, J., HUANG, H., JOHNSON, A., BULLOCK, A., MANSON, S. M., JIANG, L. Y SPECIAL DIABETES PROGRAM FOR INDIANS DIABETES PREVENTION DEMONSTRATION PROJECT (2016). "Sleep duration and diabetes risk in American Indian and Alaska Native participants of a lifestyle intervention project", *Sleep*, vol. 39, núm. 11: 1919-1926.
- OPS (2023). *Etnicidad y salud: lineamientos para la acción con enfoque intercultural*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- PETERS, M. D. J., MARNIE, C., TRICCO, A. C., POLLOCK, D., MUNN, Z., ALEXANDER, L., MCINERNEY, P., GODFREY, C. M. Y KHALIL, H. (2020). "Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews", *JB I Evidence Synthesis*, vol. 18, núm. 10: 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- POTVIN, L., CARGO, M., MCCOMBER, A. M., DELORMIER, T. Y MACAULAY, A. C. (2003). "Implementing participatory intervention and research in communities: Lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada", *Social Science and Medicine*, vol. 56, núm. 6: 1295-1305. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00129-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00129-6)
- RAMESH, M., SCHRAER, C., MAYER, A. M., ASAY, E. Y KOLLER, K. (2008). "Effect of Special Diabetes Program for Indians funding on system changes in diabetes care and outcomes among American Indian/Alaska Native people 1994-2004", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 67, núm. 2-3: 203-212.
- RANKIN, P., MORTON, D., KENT, L. Y MITCHELL, B. (2016). "A community-based lifestyle intervention targeting Type II diabetes risk factors in an Australian Aboriginal population: A feasibility study", *Australian Indigenous Health Bulletin*, vol. 16, núm. 3. <https://healthbulletin.org.au/articles/a-community-based-lifestyle-intervention-targeting-type-ii-diabetes-risk-factors-in-an-australian-aboriginal-population-a-feasibility-study/>
- RITENBAUGH, C., TEUFEL-SHONE, N. I., AICKIN, M. G., JOE, J. R., POIRIER, S., DILLINGHAM, D. C., JOHNSON, D., HENNING, S., COLE, S. M. Y COCKERHAM, D. (2003). "A lifestyle intervention improves plasma insulin levels among Native American high school youth", *Preventive Medicine*, vol. 36, núm. 3: 309-319. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00015-4](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00015-4)
- ROHIT, A., MCCARTHY, L., MACK, S., SILVER, B., TURNER, S., BAUR, L. A., CANUTO, K., BOFFA, J., DABELEA, D., SAUDER, K. A., MAPLE-BROWN, L. Y KIRKHAM, R. (2021). "The adaptation of a youth diabetes prevention program for Aboriginal children in Central Australia: Community perspectives", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, núm. 17: 9873. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179173>
- ROSECRANS, A. M., GITTELSON, J., HO, L. S., HARRIS, S. B., NAQSHBANDI, M. Y SHARMA, S. (2008). "Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations", *Health Education Research*, vol. 23, núm. 2: 272-286. <https://doi.org/10.1093/her/cym031>
- ROWLEY, K. G., DANIEL, M., SKINNER, K., SKINNER, M., WHITE, G. A. Y O'DEA, K. (2000). "Effectiveness of a community-directed 'healthy lifestyle' program in a remote Australian Aboriginal community", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 24, núm. 2: 136-144. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2000.tb00133.x>
- SATTERFIELD, D., DEBRUYN, L., FRANCIS, C. Y ALLEN, A. (2014). "A stream is always giving life: Communities reclaim Native science and traditional ways to prevent diabetes and promote health", *American Indian Culture and Research Journal*,

- vol. 38, núm. 1: 157-190. <https://doi.org/10.17953/aicr.38.1.hp318040258r7272>
- SATTERFIELD, D. Y FRANK, M. (2016). "Health promotion and diabetes prevention in American Indian and Alaska Native communities -traditional foods project, 2008-2014", *Morbidity and Mortality Weekly Report Supplements*, vol. 65, núm. 1: 4-10.
- SAUDER, K. A., DABELEA, D., BAILEY-CALLAHAN, R., KANOTT LAMBERT, S., POWELL, J., JAMES, R., PERCY, C., JENKS, B. F., TESTAVERDE, L., THOMAS, J. M., BARBER, R., SMILEY, J., HOCKETT, C. W., ZHONG, V. W., LETOURNEAU, L., MOORE, K., DELAMATER, A. M. Y MAYER-DAVIS, E. (2018). "Targeting risk factors for type 2 diabetes in American Indian youth: The Tribal Turning Point pilot study", *Pediatric Obesity*, vol. 13, núm. 5: 321-329. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12223>
- STOTZ, S. A., MCNEALY, K., BEGAY, R. L., DESANTO, K., MANSON, S. M. Y MOORE, K. R. (2021). "Multi-level diabetes prevention and treatment interventions for Native people in the USA and Canada", *Current Diabetes Reports*, vol. 21, núm. 11: 46. <https://doi.org/10.1007/s11892-021-01414-3>
- TAN, C., WILLIAMS, Z., ISLAM, M. A., KELLY, R., ESGIN, T. Y EKINCI, E. I. (2024). "Interventions for Aboriginal and Torres Strait Islander people with type 2 diabetes that modify its management and cardiometabolic risk factors: A systematic review", *Medical Journal of Australia*, vol. 221, núm. 11: 623-630. <https://doi.org/10.5694/mja2.52508>
- TRICCO, A. C., LILLIE, E., ZARIN, W., O'BRIEN, K. K., COLQUHOUN, H., LEVAC, D. Y OTROS (2018). "PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation", *Annals of Internal Medicine*, vol. 169, núm. 7: 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Exploración de itinerarios terapéuticos y corporales con mujeres que viven con fibromialgia: una propuesta desde las prácticas somáticas y ecosomáticas

Daniela Troncoso Vargas* • Angela Rojas Kuschel**
Ximena Lagos Morales***

RESUMEN

Los itinerarios terapéuticos en fibromialgia están marcados por una búsqueda persistente de legitimidad. La ausencia de marcadores biomédicos claros convierte el proceso diagnóstico en un espacio de disputa simbólica, donde las personas deben “demostrar” su sufrimiento frente a profesionales, familias y entornos laborales. Esta necesidad de validación impacta en la subjetividad, generando culpa, auto-duda y silenciamiento del dolor. Estas dinámicas se intensifican en contextos de desigualdad de género, clase y edad. Este artículo sistematiza las experiencias de práctica somática y ecosomática realizadas con mujeres que viven con fibromialgia y residen en la ciudad de Valdivia, al sur de Chile. Se trata de prácticas desarrolladas en el marco de la investigación en curso “Procesos de (des)farmaceuticalización de la vida: Itinerarios terapéuticos y corporales de mujeres en medio de la expropiación capitalista extractiva en Chile” con código INGE-2024-12, financiada por el Proyecto Innovación en Educación Superior InES “Conocimiento + Género Universidad Austral de Chile (UACH)” / INGE220001 / Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID). La exploración ecosomática contribuye a desplazar la noción de sanación como retorno a la norma, proponiendo en su lugar prácticas de cuidado que habilitan nuevas formas de habitar el cuerpo, el dolor y la vulnerabilidad en relación con otros y con el entorno. Desde una ética situada, estos procesos configuran aprendizajes afectivos y comunitarios donde la regeneración no implica corrección, sino reapropiación del misterio, del sentir y de lo común como potencia vital y política.

PALABRAS CLAVE: itinerarios terapéuticos, fibromialgia, prácticas somáticas, medicalización, farmaceuticalización

* Profesora en Universidad de Los Lagos. Correo electrónico de contacto: danielatroncoso.87@gmail.com

** Educadora en la Escuela Body Mind Movement. Correo electrónico de contacto: arkuschel@gmail.com

*** Académica en la Universidad Austral de Chile. Correo electrónico de contacto: ximenalagos@uach.cl

Fecha de recepción: 26 de diciembre de 2025

Fecha de aceptación: 28 de mayo de 2026

Exploring therapeutic and bodily pathways with women living with fibromyalgia: a proposal from somatic and ecosomatic practices

ABSTRACT

Therapeutic pathways in fibromyalgia are marked by a persistent search for legitimacy. The absence of clear biomedical markers transforms the diagnostic process into a space of symbolic dispute, where individuals must “prove” their suffering to professionals, families, and work environments. This need for validation impacts subjectivity, generating guilt, self-doubt, and the silencing of pain. These dynamics are intensified in contexts of gender, class, and age inequality. This article systematizes the experiences of somatic and ecosomatic practices carried out with women living with fibromyalgia in the city of Valdivia, in southern Chile. These are practices developed within the framework of the ongoing research project “Processes of (de)pharmaceuticalization of life: therapeutic and bodily itineraries of women amidst extractive capitalist despoliation in Chile,” code INGE-2024-12, funded by the Higher Education Innovation Project “Knowledge + Gender, Austral University of Chile (UACH)” / INGE220001 / National Research and Development Agency (ANID). Ecosomatic exploration contributes to shifting the notion of healing as a return to the norm, proposing instead care practices that enable new ways of inhabiting the body, pain, and vulnerability in relation to others and the environment. From a situated ethics perspective, these processes shape affective and communal learning where regeneration does not imply correction, but rather a reappropriation of mystery, feeling, and the common good as a vital and political power.

KEYWORDS: therapeutic pathways, fibromyalgia, somatic practices, medicalization, pharmaceuticalization

Introducción

Medicalización y farmaceuticalización del cuerpo de las mujeres desde perspectivas críticas

La medicalización se ha conceptualizado como el proceso mediante el cual aspectos de la vida cotidiana son redefinidos como problemas médicos susceptibles de intervención clínica. Según Conrad (cfr. 2007), este fenómeno implica la expansión del dominio biomédico sobre experiencias

humanas previamente no consideradas patológicas. En las últimas décadas, este proceso ha evolucionado hacia la farmaceuticalización, caracterizada por la centralidad de los medicamentos en la gestión del malestar y la vida cotidiana (cfr. Busfield, 2017).

En el caso de las mujeres, la medicalización adquiere una dimensión específica, dado que el cuerpo femenino ha sido históricamente objeto de

regulación biomédica, particularmente en torno a la reproducción, la sexualidad y la salud mental. Como plantea Dumit (cfr. 2012), la expansión del consumo farmacológico no solo responde a necesidades clínicas, sino también a la construcción social de nuevas categorías de enfermedad.

La salud colectiva latinoamericana constituye un marco clave para comprender la medicalización desde una perspectiva estructural. En este campo, Breilh (cfr. 2013) propone la noción de determinación social de la salud, enfatizando que los procesos de enfermedad no pueden reducirse a dimensiones biológicas individuales.

De manera complementaria, Menéndez (cfr. 2009) plantea que los procesos de salud-enfermedad-atención deben analizarse desde un enfoque relacional que considere las prácticas, saberes y estructuras sociales. En esta línea, la medicalización puede entenderse como una forma de reduccionismo biomédico que invisibiliza las condiciones sociales que producen el malestar.

Asimismo, Laurell (cfr. 1982) conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso social históricamente determinado, mientras que en trabajos posteriores la misma autora advierte sobre el impacto del neoliberalismo en la mercantilización de los sistemas de salud. En este contexto, la farmacéuticización puede interpretarse como parte de la expansión del complejo médico-industrial.

La fibromialgia desde la mirada biomédica

Desde un enfoque epidemiológico tradicional, la fibromialgia se ha descrito como una condición de alta prevalencia poblacional, con estimaciones que oscilan entre el 2 y el 4 % a nivel mundial, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados.

Los estudios coinciden en señalar una distribución desigual por sexo, observándose una mayor prevalencia en mujeres adultas. En este sentido, se ha reportado una proporción mujer:hombre de aproximadamente 3:1, lo que ha orientado parte del análisis epidemiológico hacia explicaciones biológicas y hormonales, así como a sesgos diagnósticos de género (cfr. Ramírez et. al., 2022).

Desde las ciencias médicas y la reumatología clínica, la fibromialgia se define como una condición de salud caracterizada por dolor musculoesquelético crónico extenso, que no tiene una localización específica sino que migra en diversos patrones. Además, se asocian síntomas de fatiga, trastornos en el sueño, la memoria, el ánimo y desbalance hormonal del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (cfr. Ramírez et. al., 2022; García y Abud, 2020). Se desconoce la etiología de la fibromialgia, sin embargo, se han encontrado algunos factores de riesgo que estarían relacionados a su desarrollo, tales como estrés post-traumático, grandes traumatismos, cirugía mayor, violencia física y situaciones traumáticas en la infancia y/o el nacimiento. Estos factores de riesgo provocarían el desarrollo de disfunción neuroendocrina-inmune como resultado de un estado de hiperestimulación y producción de neuroinflamación en el sistema nervioso central, lo cual induciría aumento de sustancias nociceptivas e inflamatorias (cfr. Ramírez et. al., 2022).

Este enfoque biologicista considera que la fisiopatología de la fibromialgia es multifactorial, siendo descrita predominantemente como un trastorno del procesamiento sensorial nociplástico, implicando una sensibilización central y periférica del sistema nervioso sin daño tisular demostrable (cfr. Ablin, 2024; Jurado-Priego et. al., 2024). Este enfoque, que acepta la posibilidad

de mecanismos potencialmente combinados con componentes periféricos y neuroinmunológicos, intenta explicar la heterogeneidad sintomática y la ausencia de biomarcadores específicos (cfr. Paroli et. al., 2024; Jones et. al., 2024). La complejidad de su abordaje clínico ha llevado a establecer criterios diagnósticos estandarizados y la necesidad de una estrategia de evaluación y atención integral y multidisciplinaria, centrada en mejorar la funcionalidad y calidad de vida (cfr. Wolfe et. al., 2016; Häuser et. al., 2021; Jones et. al., 2024).

El abordaje terapéutico de la fibromialgia se concibe como multidisciplinario e integral, combinando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas debido a la complejidad clínica del síndrome y la ausencia de tratamientos curativos. Las intervenciones farmacológicas incluyen agentes como duloxetina y pregabalina, que han mostrado evidencia moderada de reducción del dolor, aunque sus efectos suelen ser modestos, con evidencia limitada más allá de periodos cortos (4–12 semanas) y con efectos adversos frecuentes que pueden limitar la adherencia. Otras clases terapéuticas evaluadas presentan evidencia insuficiente o inconsistente para recomendar su uso generalizado. Paralelamente, las estrategias no farmacológicas —centradas en ejercicio físico supervisado y terapia cognitivo-conductual— son ampliamente recomendadas por guías actualizadas aludiendo a su beneficio en términos de funcionalidad y calidad de vida, y suelen ser priorizadas como pilares del tratamiento integrador. La evidencia más reciente subraya que ningún tratamiento aislado es completamente satisfactorio y que la personalización de estrategias en función de las necesidades y tolerancia de cada persona es esencial para optimizar resultados en dolor, sueño y bienestar general (cfr. Ablin, 2024; Ramírez et. al., 2022).

En Chile, la promulgación de la Ley N.º 21.531 sobre Fibromialgia y Dolores Crónicos No Oncológicos (cfr. 2023) constituye un hito en el reconocimiento institucional del dolor crónico como un problema de salud pública y de derechos. Esta normativa define la fibromialgia como un síndrome de dolor crónico no oncológico con impacto funcional, psicológico y social, y mandata al Estado a garantizar una atención integral, oportuna y no discriminatoria. Asimismo, establece protección frente al rechazo de licencias médicas basadas exclusivamente en este diagnóstico y promueve estrategias intersectoriales de capacitación, investigación y participación de organizaciones de pacientes. De este modo, la ley contribuye a tensionar el reduccionismo biomédico, incorporando una perspectiva de derechos, equidad y abordaje multidimensional del padecer crónico (Ley N.º 21.531, 2023).

Vivir con fibromialgia

Es relevante considerar los itinerarios de quienes comienzan a experimentar estos síntomas. Diversos estudios muestran que el trayecto hasta recibir el diagnóstico de fibromialgia puede extenderse en promedio por alrededor de dos años, caracterizándose por la consulta reiterada a distintos/as profesionales de la salud y la realización de múltiples exámenes, muchas veces sin resultados concluyentes, lo que genera estados prolongados de incertidumbre, confusión y desgaste emocional (cfr. Barker, 2005; Jackson, 2011). A ello se suman las dificultades que comienzan a experimentarse en los ámbitos sociales, familiares y laborales, donde los síntomas suelen ser cuestionados o minimizados por el entorno cercano, produciendo experiencias de descrédito, estigmatización y aislamiento, especialmente en cuerpos feminizados (cfr. Werner y Malterud, 2003; López Gómez, 2016).

Desde la antropología de la salud y los feminismos descoloniales, los itinerarios terapéuticos y las trayectorias asistenciales pueden conceptualizarse como procesos encarnados, situados y políticamente atravesados, en los que las personas construyen sentidos sobre su malestar y movilizan recursos diversos —biomédicos, comunitarios, alternativos y relacionales— negociando legitimidad, cuidado y reconocimiento en contextos de desigualdad estructural, colonialidad del saber y jerarquización de los conocimientos médicos (cfr. Menéndez, 2003; Esteban, 2004; Lugones, 2008).

Esta conceptualización implica e invita a descen- trar la biomedicina como único eje explicativo y terapéutico, reconociendo la agencia de las perso- nas en la gestión de su padecimiento, e incluso en la discontinuidad de los tratamientos. Desde esta perspectiva, el abandono terapéutico, la búsqueda de alternativas y la participación en espacios co- lectivos pueden comprenderse no como “fallas de adherencia”, sino como prácticas de resistencia, autoprotección, politización del cuidado y visibi- lización de desigualdades epistémicas y de géne- ro que atraviesan la experiencia de la fibromialgia (cfr. Good, 1994; Esteban 2004).

Oyarce et al. (cfr. 2018) plantean la importancia de explorar trayectorias asistenciales e itine- rarios terapéuticos para entender cómo las personas transitamos por los servicios de salud, con todas las complejidades, rupturas, decisiones, barre- ras, experiencias y significados que eso conlleva. Estudiar estos itinerarios permite aproximarse a conocer contextos de vida, además de visibilizar continuidades/discontinuidades y procesos de atención y desatención (cfr. Hersch-Martínez y Salamanca-González, 2022) desde la experiencia vivida en primera persona durante este tránsito, en el cual se integran las redes de apoyo mutuo familiares y comunitaria, la espiritualidad, las

diversas cosmogonías y los saberes populares y ancestrales.

La investigación fenomenológica crítica ha con- tribuido metodológicamente a legitimar las narra- tivas en primera persona como una fuente central de conocimiento en salud, cuestionando la pri- macía de enfoques exclusivamente objetivantes y biomédicos (cfr. Good, 1994; Carel, 2016). A tra- vés de entrevistas en profundidad, relatos corpo- rales y análisis narrativos, estos estudios han per- mitido acceder a dimensiones del padecimiento que permanecen invisibilizadas en los enfoques cuantitativos tradicionales, particularmente aque- llas vinculadas al significado, la temporalidad y la experiencia encarnada del dolor (cfr. Frank, 2013; Kleinman, 1988). Este giro metodológico ha sido especialmente relevante para el estudio de las vivencias con el dolor crónico y fibromialgia, al problematizar las jerarquías de saber que privile- gian lo objetivable y marginalizan la experiencia subjetiva, especialmente cuando ésta proviene de cuerpos feminizados y medicalizados de manera desigual, produciendo formas de injusticia epis- témica en los contextos de atención en salud (cfr. Barker, 2005; Carel y Kidd, 2014; Werner y Mal- terud, 2003, Silva-Castro, 2015).

Prácticas somáticas y eco somáticas

El concepto de somática fue acuñado por Thomas Hanna, a mitad del siglo XX, quien comenzó a referirse al proceso de vida interconectado como un “soma”, término que en la Grecia antigua se usaba para describir el cuerpo vivo en su totalidad (cfr. Somatic Movement Center, s. f.). Hanna fue estudiante de Moshé Feldenkrais y junto a Fre- derick Matthias Alexander son quienes realizaron las primeras exploraciones conocidas como edu- cación y prácticas somáticas.

Soma en su origen de la palabra es cuerpo, cuerpo vivo atravesado por la historia de la vida en la tierra auto organizada en su sabiduría celular. Es así que, entendemos al soma como lo relativo a la materia del organismo, que es sabia y por tanto informa y es informada por sus procesos: pensamientos, imaginación, afectos, atmósferas, aspectos que desde la somática *son* el cuerpo (cfr. Auxiliadora, 2019). La somática, es un enfoque que aúna diversas disciplinas y saberes como las ciencias biológicas, fisiología, anatomía, psicología, neurociencias, integrándolas con filosofías y sabidurías de pueblos ancestrales de diversos territorios. Es una disciplina que continúa nutriéndose de las experiencias de quienes se interesan en continuar investigando.

La somática como práctica propone la exploración y reconocimiento de nuestros procesos fisiológicos como experiencia viva. Reconocer a través de vivencias las capas profundas donde se conectan y comunican piel, membranas, órganos, músculos, huesos, bioquímica y magnetismo, ampliando la percepción hacia la totalidad de nuestras fibras, pulsando y dialogando para hacer posible nuestra presencia y nuestra vivencia encarnada. Se caracteriza, por tanto, por investigar de manera vivencial las múltiples interrelaciones que existen entre todos estos aspectos de nuestra existencia, con la intención de que puedan dialogar más coherentemente entre sí. Comprendemos y percibimos al cuerpo físico como el soporte material de nuestra existencia, por lo tanto donde todo recae. Como decía Humberto Maturana, la biografía se vuelve biología y por ende también entramado cultural de la humanidad.

A raíz de esta reflexión y exploración sobre el cuerpo vivo emerge la certeza de los cuerpos humanos en diálogo con los cuerpos naturaleza,

un entendimiento de lo humano que reconoce un cuerpo territorio poroso y permeable que se afecta, dialoga y acompaña con la totalidad de lo vivo en nuestra planeta. En términos disciplinares, *la ecosomática*, se entiende como un entramado entre somática y principios de la ecología, a lo cual también sumamos el conocimiento ancestral de todos los pueblos ancestrales guardianes de territorios que han conservado y cultivado el entendimiento y práctica de ser uno con todo lo vivo y sintiente, el eco feminismo y las prácticas descoloniales.

Nuestros cuerpos se han formado en delicada reciprocidad con las múltiples texturas, sonidos y formas de una tierra animada; nuestros ojos han evolucionado en sutil interacción con otros ojos, así como nuestros oídos están sintonizados por su propia estructura con el aullido de los lobos y el graznido de los gansos... Somos humanos sólo en contacto y convivencia con lo que no es humano. (Abram, 2010: 22, traducción propia).

De esta manera, la educación somática y los acompañamientos eco somáticos proponen diversas vivencias que profundizan los procesos de conciencia corporal, ofreciendo experiencias a partir de imagerías, tacto, movimiento, entre otras, las cuales se utilizan para ofrecer espacios de observación interna que permiten encontrar nuevas formas de moverse, relacionarse, vincularse con una misma y con el mundo vivo. Uno de los pilares de la educación somática es que se basa en invitaciones a orientar los procesos atencionales a territorios internos, el llevar nuestra atención permite atender, es decir, vincularse con los procesos que están ocurriendo y que son expresados a través de sensaciones, emociones, vibraciones. La propuesta es atender, que en su origen etimológico es

“ir hacia” o “dirigir hacia”. Abigail Rose Clarke (cfr. 2024), propone que esta acción, este gesto, está cargado de amor, y de vínculo, es una forma de ir a escuchar, y la forma en la que una se acerca hacia los lugares internos cambia los estados perceptivos e incluso a nivel celular-tejido. Ella recalca que es distinto atender, que querer arreglar, corregir eso que observo, ¿qué pasa si en vez de querer corregir el dolor que siento, lo atiendo y me vinculo con él? Esta es una de las diferencias más grandes que propone la educación somática con otras prácticas corporales.

Prácticas somáticas y eco somáticas como apoyo a procesos de bienestar

“Tomar conciencia implica experimentar lo que está presente sin intentar cambiarlo e interpretarlo”

Peter Levine

Es clave considerar que nuestro presente se encuentra enmarcado en una deriva de hiperestimulación: sonidos, luces, redes sociales, jornadas laborales extensas, medicación, expectativas, diagnósticos clínicos, entre otros. Aspectos que marcan la pauta para un Sistema Nervioso en constante sobreestímulo y donde cada vez es más necesario el retorno a los espacios para la contemplación, el descanso profundo y la conexión vincular real piel a piel. Es decir, para posibilitar la regeneración y la reparación de nuestro cuerpo, tanto físico como emocional, es urgente generar espacios de lentitud, pausa, descanso profundo y fortalecer las redes comunitarias.

Las prácticas somáticas nos invitan a escuchar cómo es nuestro presente en el cuerpo, lo que Eugene Gendlin llamaría como percepción sensible, al llevar la atención a una parte de nuestro soma también estamos escuchando su totalidad.

Una percepción sensible no es una experiencia mental sino física. La conciencia corporal de una situación, persona o acontecimiento. Un aura interna que abarca todo lo que sentimos y sabemos sobre un tema determinado o en un momento concreto: lo abarca y lo comunica todo en su totalidad, y no detalle a detalle. (Eugene Gendlin, como se citó en Levine, 2022: 73)

Estas prácticas nos permiten ir ampliando la escucha interna, empezando a reconocer cómo se siente en el presente *estar siendo, ocurriendo*, incluyendo la incomodidad, el dolor, las penas, las alegrías, las comodidades, los traumas. Muchas veces es difícil saber qué estamos sintiendo, o también desafiante habitar un cuerpo que siente dolor, o emociones que no son placenteras, hemos aprendido a huir más que escuchar.

Las prácticas somáticas y eco somáticas nos ofrecen una manera de reconocer que adentro, en nuestros tejidos hay un sostén suave que permite experimentar lo que necesitamos. Es decir, ir desarrollando lugares seguros para que lo que necesite moverse, desplegarse, pueda hacerlo, y que para cada experiencia subjetiva será único, diverso. Para ofrecer este espacio invitamos a percibir y ampliar nuestra sensación de seguridad, así damos lugar a lo que necesita esa sensación incómoda: espacio-tiempo, mirada y encuerpamiento. Así a través de las invitaciones que se realizan en las prácticas, puede aparecer un movimiento, un respiro, descanso, una vibración. Entregar nuestro peso hacia la tierra, vínculo, lo cual permite la vivencia en conciencia de estar siendo contenidas por la tierra, como también, por todo el ecosistema vivo del que somos parte: las aguas, las aves, los bosques y el micelio.

Reconocemos que en nuestras historias vitales individuales y colectivas, no hemos tenido espacio para descubrir y habitar lo que sentimos, si no que estamos atravesadas por una sociedad que nos invita a construir identidades fijas, asociadas a roles de género, a un hacer productivo constante, buscando éxitos tras éxitos. Visualizamos entonces las prácticas somáticas y eco somáticas como una posibilidad de explorar y practicar la presencia más que la identidad, y para ello necesitamos tiempo, no es un proceso rápido, es reaprender y buscar nuevas formas de estar en un estado más coherente con la presencia. En este proceso se revelan los relatos que encuerpamos, los relatos que no han tenido la posibilidad de descanso, de cambio, de transformación y de duelo. ¿Cómo puedo ampliar mi comodidad? ¿Qué está necesitando transformación? ¿Qué está necesitando descanso? ¿Qué apoyos puedo reconocer?

Prácticas y procesos sensibles al trauma

Entendemos el trauma y los síntomas traumáticos no como el evento detonante, si no como el residuo de energía congelada o energía que no se ha descargado, organiza el sistema nervioso de tal forma que afecta la manera en que nos vinculamos con el mundo, vínculos humanos e incluso nuestro espíritu (cfr. Levine, 2022). De esta manera, encontramos síntomas que implican una organización interna en estado de sobrevivencia del sistema nervioso y endocrino, que está constantemente en alerta. Esto implica que creamos patrones de pensamientos, creencias y vínculos que nos mantienen en un estado de sufrimiento. Reconocer esta experiencia interna implica reconocer que “el trauma es un hecho omnipresente en la vida moderna” (Levine, 2022: 27), es decir, es una experiencia que está presente en nuestra sociedad.

Es por ello que creemos necesario crear y ofrecer vivencias que sean sensibles a esta forma de organización interna. Peter Levine refiere que “curar el trauma requiere una experiencia directa del organismo que vive, siente y conoce” (Levine, 2022: 14). En consecuencia, las prácticas somáticas podrían apoyar los procesos de reorganización, hacia la modulación del sistema nervioso, permitiendo descargar y movilizar la energía contenida en el cuerpo, respetando el ritmo que puede sostener el organismo.

Sistematización metodológica

“La correulación es natural. Así estamos hechos. La autorregulación no es natural y requiere mucho más esfuerzo. Hace que la persona se aisle más, lo que agrava todo el ciclo de sentirse perdidos los unos a los otros”

Bonnie Badenoch

Las prácticas somáticas y ecosomáticas que compartimos están enmarcadas en las metodologías que nutren nuestra investigación y formación, en las escuelas de *Body Mind Movement* creada por Mark Taylor y *Vivencia Ecosomática* creada por Adriana Ordóñez Ortiz. Estas experiencias se enmarcan en la investigación “Procesos de (des)farmaceuticalización de la vida: Itinerarios terapéuticos y corporales de mujeres en medio de la expropiación capitalista extractiva en Chile”, con código INGE-2024-12, financiada por el Proyecto Innovación en Educación Superior InES “Conocimiento + Género Universidad Austral de Chile (UACH)” / INGE220001 / Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), revisada y aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Los Ríos, Chile, con resolución N°316 del 16.10.2025. Desde este marco investigativo se busca explorar y analizar cómo

los aspectos biográficos y contextuales influyen en la experiencia corporal y simbólica de mujeres viviendo en territorios extractivos en el sur de Chile, así como describir y problematizar sus itinerarios asistenciales y terapéuticos, desde los marcos teóricos de la medicalización/farmaceutización de la vida, la determinación socioambiental de los procesos de salud y enfermedad, y el diálogo con diversos autorxs y colectivxs. En este sentido, quisimos en este proyecto proponer/explorar distintas posibilidades de (re) encuentro personal y colectivo a través de prácticas que nos invitan al juego, a re-tramar nuestras historias y a sanar, como lo fueron sesiones de biodanza, teatro espontáneo, mapeos de cuerpo territorio, arte textil y prácticas somáticas y eco somáticas, de las cuales serán estas últimas las que detallaremos en este artículo.

En este proceso pudimos acompañar a ocho mujeres de entre 38 y 63 años que forman parte de la Agrupación Fibromialgia Los Ríos Valdivia. Todas ellas presentan ingresos socioeconómicos bajo el salario mínimo, provenientes de pensiones de salud y trabajo independiente. Son usuarias del sistema público de salud, así como de la consulta médica privada y sistemas de salud alternativos, en busca de alivio a sus malestares.

Nuestra invitación fue explorar la sabiduría de nuestros fluidos, del tejido conectivo y el sistema nervioso atravesado por el reconocimiento de refugios vinculares ecosistémicos, que también habitan en nuestro interior, en la historia evolutiva de nuestras células y en nuestro entorno. Nos encontramos en cuatro sesiones de prácticas somáticas, cada sesión traía propuestas desde la vivencia del auto tacto, tacto en parejas o grupales, imágenes para evocar sensaciones relacionadas al tejido que exploramos, movimiento y prácticas de

integración a través del arte y movimiento. Estas prácticas permiten integrar las vivencias a través de un lenguaje afectivo, donde el mundo interno de las mujeres encuentra maneras de ser expresado, es por ello que utilizamos escritura creativa, flujo de consciencia y dibujo libre asociado a un mapeo corporal.

Para nosotras, este proceso se basó en ser testigo y acompañante, participando y observando cómo cada cuerpo, cada historia encarnada iba develando necesidades, sensaciones, capa por capa, tejido por tejido. Iban dejándose guiar por nosotras, por ellas mismas, y así también por el grupo que contenía. El proceso que transmitiremos a continuación, está ordenado en base a los distintos territorios internos-externos que propusimos explorar. De esta manera compartiremos algunas de estas develaciones que fuimos recogiendo tanto en sus relatos hablados, en las experiencias de integración a través de arte y movimiento, como también en nuestras percepciones que fueron testigo de sus procesos.

Iniciar reconociendo los refugios: cuerpo-cuenco para bienvenir la práctica

Iniciamos cada sesión con un círculo de la palabra donde, de manera recurrente, emerge la insatisfacción por un proceso diagnóstico/terapéutico discontinuo, con experiencias de iatrogenia, desatención o invalidación que puede tomar meses o años, las cuales están caracterizados por la visita a diversos médicos/as, y realización de exámenes, viviendo un estado de incertidumbre y confusión prolongado. A esto se le suman las dificultades que las participantes han experimentado en términos sociales, familiares y laborales, refiriendo que los síntomas son cuestionados por el contexto cercano. Las participantes describen vivir la me-

dicación como parte de un intento constante de “encontrar algo que funcione”, en medio de síntomas variables, diagnósticos inciertos y experimentación de efectos adversos. Por otra parte, la forma en que los profesionales validan, ajustan o descartan tratamientos influye decisivamente en la vivencia de la medicación. Existe para ellas un permanente sentimiento de frustración, desmotivación y cuestionamiento del rol de la farmacoterapia en la vida diaria debido a una narrativa común de falta de efectividad. Frente a ello, algunas han redefinido su relación con los medicamentos como un proceso de agencia propia, no solo de obediencia médica.

Al iniciar cada una de las prácticas realizamos un proceso que llamamos centramiento o ida al cuerpo, el cual tiene como propósito habilitar nuestra percepción desde el cuerpo y desde la presencia. La invitación parte reconociendo nuestro diálogo con la gravedad, sintiendo el peso de nuestro cuerpo, los puntos de apoyo que hacen contacto con la superficie, como nuestros cuerpos son sostenidos y recibidos por la tierra y por el territorio que habitamos. Tomamos conciencia de nuestra presencia y del lugar en el que nos encontramos, en nuestro caso en un salón, en la ribera de río, cerca de la Cordillera de la Costa y rodeadas de humedales. Ser y percibirse en un espacio y tiempo definido.

Luego invitamos a realizar un escaneo interno percibiendo cuáles son las zonas cómodas en mi cuerpo: ¿Donde se siente comodidad? ¿Cómo percibo la comodidad, tiene forma, sensación, textura?. Y también, invitamos a registrar otras sensaciones, proponer un diálogo sincero que reconozca que puede haber incomodidad, incluso dolor. Recordamos de manera amorosa que no hay respuestas, ni sensaciones correctas y que es

una exploración para ir ampliando nuestra capacidad de percibir corporalmente e indagar en lo que se conoce como sensación sentida o percepción sensible.

Este momento también es clave para proponer a las mujeres escuchar atentamente las necesidades de su cuerpo y que lo que ellas sientan que necesitan durante la práctica es lo más importante: tomarse una pausa, descansar, tomar asiento, hidratarse. Algo tan sutil como atender nuestra necesidad se torna clave en el encuadre somático y eco somático sensible al trauma y hace posible el ejercicio de la autonomía y la soberanía desde un proceso de encuerpamiento.



Este primer momento habilita un cuerpo contenedor amplio y nutre nuestro eje hormonal oxitocina-serotonina el cual es clave en el balance de nuestro sistema nervioso y sus procesos de correulación. Nos trae al presente, al vínculo comunitario, a la mirada mamífera y a la memoria profunda y sabia de nuestros cuerpos.

Memoria celular

Sentir la sabiduría de la célula, sentir lo que es ser célula, en colectivo. En esta práctica, todas

conformamos la membrana celular, una doble membrana, en donde una de nosotras mira hacia dentro y otra hacia afuera, apoyadas espalda con espalda. Así conformamos en forma de círculo la membrana y el espacio interno de la célula. En este lugar de apoyo mutuo, comenzamos a sentir como nuestra respiración se transforma en la respiración celular, desde una imaginaria. Reconociendo que la célula está contenida por líquido externo e interno, comenzamos a sentir cómo es estar contenida en un océano, el océano celular. Y este océano tiene ritmo en su respiración, así comenzamos a reconocer el momento de condensación en la respiración celular, como también el de expansión. Esto comenzó a posibilitar movimientos en las mujeres en relación con la invitación de los ritmos de la respiración celular.

Durante la vivencia de esta práctica recopilamos tanto percepciones de las mujeres participantes, como de nosotras, quienes somos la mirada testigo que se afecta con lo que aparece. Proponemos un lenguaje sensible con la experiencia:

Explorar lo que está escondido
Damos atención al cuerpo, y
se disuelven los dolores
también al darle atención,
Se registran nuevos dolores y cansancio.



El cuidado registrado, es el cuidado hacia otros
¿Cómo reconozco mi límite? ¿Hasta cuando puedo hacer?

relatos de dolores

relatos de fuerza, de no ser o parecer “vulnerable”

¿Cómo otorgamos lugares seguros para que esa vulnerabilidad pueda aparecer?

Voces de las mujeres participantes:

“Lo interior de una no se conoce”

“Sentir el calor del cuerpo de mi compañera, me trajo una calma que no había sentido”

“No quería salir del contacto con la espalda”

Diafragmas y pulsos oceánicos



Exploramos los diafragmas de nuestro cuerpo, los cuales son estructuras miofaciales que desde un punto de vista anatómico se encuentran en posición horizontal (cfr. Bordoni, 2020). Exploramos el *tentorium*, el paladar blando, la cintura escapular, el diafragma respiratorio, la pelvis, y los pies. A partir de imágenes y videos de medusas

en el océano, como referencia del movimiento de pulsación que habita en nuestras células y tejidos, comenzamos a llevar ese movimiento a nuestras manos. Luego a partir de la invitación de autotacto fuimos reconociendo los bordes de los diafragmas, acompañando con un relato que invitaba a imaginar estos lugares internos como lugares donde los órganos pueden descansar y ceder su peso. Los diafragmas representan un lugar de transición entre espacios internos, membranas pulsátiles que conectan, como también, tierra de descanso interno.

Tejido conectivo

Práctica que propusimos para reconocer una de las formas que tiene el tejido conectivo en nuestro cuerpo: la fascia. Red que envuelve y conecta nuestros órganos, huesos y nervios. Esta red contiene una alta densidad de terminaciones sensoriales, actuando como una interfaz entre el cuerpo y el sistema nervioso. Propusimos trabajar en grupos y utilizar rebozos y mantas para traer la cualidad de esta red que nos envuelve con suavidad y que también nos proporciona soporte y contención.

La invitación fue a explorar en tríos y parejas. Una mujer es envuelta por las telas desde la cabeza a los pies y las otras acompañan haciendo pequeños movimientos con las telas, lo cual permite movilizar sutilmente nuestra fascia, descomprimirla, apoyando el balance de nuestro eje neuroendocrino, como también, la posibilidad de reconocer otros tonos, ritmos y formas de ser acariciadas.

Lo que develó esta práctica:
Experiencia de manta contenedora:

“Sentía que estaba flotando, no quería salir de ese estado”

“Sentí que una gota que empezaba a caer desde mi hombro caía lentamente hacia mi rodilla, que son los lugares que más me duelen. Me alivió”

“Al principio fue incómodo, no sabía lo que estaba sintiendo con mi compañera tocándome”

Incomodidad al recibir

Tactos sutiles despiertan nuevos registros

En general no se habita el lugar de recibir

Siempre dar y estar para otr*s

Pero ¿Quién abraza?

Tejido Conectivo

Fascia - Telas

Nos trae las memorias del cuerpo



¿Cuántas de nuestras memorias están contenidas/registradas en nuestra fascia?

Memoria mamá

Memoria gestacional

Memoria de mis enfermedades

Memorias de mi gestión ante la vida, a lo que nos mueve y conmueve

Prácticas para la
Seguridad - Protección - Comodidad
“Sentí el abrazo de mi mamá”

Aparece el lugar - la memoria donde me he sentido segura y protegida

Sistema nervioso central y periférico

El sistema nervioso tiene diferentes formas de ser clasificado para ser mirado, entendido. En esta experiencia invitamos a reconocer las estructuras anatómicas del sistema nervioso central (SNC), y su diferencia con el sistema nervioso periférico (nervios periféricos), esto desde las sensaciones que emergen al ser nombrados, reconocidos. Iniciamos en pareja, una sentada recibiendo el tacto de otra compañera. Así, la compañera que fue acompañada desde el tacto fue reconociendo el cráneo como contenedor del encéfalo. A partir de este tacto que fue contenedor las mujeres fueron invitadas a ceder su peso del cerebro craneal hacia las manos de sus compañeras.

Luego el tacto fue bajando por la columna vertebral, reconociendo el espacio que contiene la médula, parte del SNC. Desde la médula, comenzamos a acompañar con relatos de imaginación que nombraban el nacimiento de los nervios desde la médula, con la metáfora de ríos subterráneos que viajan hacia las distintas extremidades. Ahora el tacto, se volvía más suave y superficial, lo que invitaba a reconocer las corrientes de estos ríos, el flujo que despertaban. A partir de esta experiencia se invitó a iniciar movimientos que surgieran de estos impulsos de corrientes.

En esta experiencia iniciamos con la pregunta: ¿Qué es para ustedes el sistema nervioso?

Las mujeres nombraron:

Ramificación

Enojo

Sistema Central

Emoción



Luego de la vivencia...

Dolor

Tranquilidad

Árbol caído

Cansancio

Tocarme con otros tonos

Sentir corrientes internas

Luego de una experiencia cotidiana de desorientación, *“siento que recién vuelvo al cuerpo”*.

Aparece una pregunta, ¿Cuánto entrego y cuánto recibo?: *“No acostumbro a recibir”*.

Testimonios sobre lo que implica vivir con dolor, transformarnos,

ya no poder hacer lo mismo

¿Fallamos?

Recibir la incompreensión

Lo difícil de aceptar que no puedo hacer y que tengo que recibir

Podemos recibir.

Nuestros tres cerebros: cerebro craneal, cardíaco y entérico.

Compartimos sobre el entramado de los tres cerebros que componen nuestro Sistema Nervioso: cerebro craneal, cerebro corazón y cerebro entérico. Propusimos iniciar el recorrido en parejas para explorar nuestro cerebro craneal, su conexión y ramificación hacia nuestro sistema central y periférico para lo cual ofrecimos la metáfora de los ríos internos.

Luego, y continuando en parejas realizamos un reconocimiento del cerebro corazón, para este propusimos el recurso del tacto, en el cual una mujer realizó con sus manos un reconocimiento de la estructura ósea y muscular que es contenedora del corazón mientras otra mujer recibe este tacto y percibe las cualidades de este cerebro. Además, acompañamos con una imaginiería, proponiendo la observación de los movimientos del corazón y reconociendo los soportes internos que éste tiene: los pulmones, el diafragma, la zona posterior. Por último, invitamos a partir de preguntas a reconocer los mensajes que éste procesa y comunica al resto del organismo. ¿Qué es lo que me apasiona?, ¿En qué espacios siento resonancia con mi interior?, ¿En qué espacios siento disonancia?

Por último, y de manera individual exploramos nuestro sistema entérico, para ello realizamos una imaginiería y descripción de la ruta: boca, esófago, estómago e intestinos, invitando a percibir y recordar cuáles son los alimentos, vínculos y espacios que nos nutren y nos producen saciedad, además de, conectar con esa cualidad de certeza que nos proporciona nuestra entraña, siendo un cerebro que asimila nutrientes y que también nos informa sobre lo seguro y lo desafiante, a través de la percepción de nuestro interno y entorno, y

en conjunto con la totalidad de nuestro sistema nervioso.

Cuando se invita al movimiento: ¿Cómo se observa el movimiento interno? ¿Cómo se da lugar a ese movimiento que aparentemente no se ve?



Tocar el corazón

“Aprender que mi cuerpo es querible”

Cerebro corazón y cerebro entraña:

“Me quedaría eternamente en ese lugar”

“No había visto de esa manera mi interior, me dan ganas de cuidarlo”

Sonrisas, Descanso, Menos alerta

Reflexiones desde lo vivido

A modo de reflexionar desde y con el cuerpo

Desde la primera sesión que nos abrimos a la escucha de las mujeres que se dispusieron a participar de estos encuentros, surge en nosotras el gesto de atención-atender hacia lo que ellas traían. Una de esas dimensiones, son los relatos con las que ellas se presentaron, contándonos-se cómo ellas han llegado a estar donde están, qué explicaciones se dan, dando cuenta, también de la experiencia de cómo ellas viven con esta condición de salud.

En estos relatos surgieron historias vitales marcadas por duelos, algunas con historias de exposición a violencia, otras que en un inicio decían que en su vida estaba todo bien haciendo su familia y relatos sobre cambios y lo desafiante que es aceptar recibir ayuda. Surgió en ellas un relato en común, la relación que comenzaron a desarrollar con el dolor en el proceso diagnóstico y luego de éste, conocieron un dolor que les *“dejaba tirada en la cama”*, para todas significó muchos cambios en sus vidas, y uno de los ecos que ha traído es la *lucha* que hacen día a día para sobrellevarlo, para que no les deje en cama, cada una con estrategias distintas.

Esta relación con el dolor, desde una posición interna que lucha contra él, nos develó uno de los lugares desde el cual se relacionan con su cuerpo en el presente. Ellas saben exactamente los lugares dolientes, cuando cambia, cuando se mueve, cuando baja o sube de intensidad. Reconocer esta forma de relacionarse fue relevante para nosotras, nos preguntamos ¿Por dónde partimos? ¿Cómo acompañamos a las mujeres que en el presente se relacionan con dolor?

Las propuestas de sesiones somáticas y eco somáticas que describimos anteriormente estuvieron al servicio de las experiencias de las mujeres. Una de ellas, donde se evidenció una entrega muy clara por parte de las mujeres fue la práctica de tejido conectivo y fascia. La tela que envolvía a las mujeres, al representar la fascia como tejido que contiene, ofreció la experiencia de ser contenidas suavemente, e incluso preguntarse ¿Cómo necesito ser contenida ahora?, en un ejercicio de observar desde la curiosidad cuáles eran sus necesidades. A partir de esta experiencia, algunas de las mujeres refirieron *“nunca pensé que podría sentirme así”*, *“sentí alivio”*, *“era como estar flotando, me gustaría quedarme aquí para*

siempre”. Evidenciando la cualidad de este tejido que es un puente conector con el sistema nervioso autónomo y SNC, posibilitando nuevas sensaciones, la vivencia de la comodidad, generando mayor espacio interno para ellas, reconociendo cómo es percibir la comodidad.

Por otro lado, se fueron develando relatos asociados a cómo las mujeres se identifican, cómo han construido identidades que se han vuelto rígidas, o que parecen serlo. Una de ellas guarda relación con el estar disponible siempre para otros y otras, por ejemplo hijas, hijos, esposos, y otros vínculos amistosos y laborales, es decir en diversas dimensiones vinculares. Esta conciencia surgió en prácticas de tacto con otras compañeras, donde refirieron *“es que una nunca es la que recibe”*, *“a una no la andan abrazando, ni haciendo cariño”*, *“al principio fue incómodo, pero después me fui entregando”*. Como también, en los relatos que hacían referencia a cómo han vivenciado los cambios que ha implicado vivir con fibromialgia *“... me ha costado aceptar que tengo que pedir ayuda, ahora me ofrecen hasta pa’ llevar una bebida de la cocina a la mesa, pero yo estoy acostumbrada a hacer todo...”*

Así, visualizamos que las prácticas eco somáticas que proponen tacto entre humanas, abren informaciones que guardan los tejidos, las células. El tacto que acompaña devuelve la mirada testigo, que quizás no estuvo presente antes, una mirada que acompaña y puede contener procesos difíciles de nombrar, procesos que están congelados en el cuerpo y que ofrecen espacio, tiempo y presencia para completar lo necesario.

Los recuerdos emergen cuando hay espacio y confianza para comunicarlos, un cuerpo contenedor/cuenco. Al despertar nuestros recursos fisiológicos y profundizar en la sensación sentida estamos

ampliando nuestra capacidad de afrontar nuestras emociones y por ende memorias traumáticas. Reconocemos que “la sensación corporal, en vez de la emoción intensa, es la clave para superar el trauma” (Levine, 2022 p.19). Entonces no buscamos profundizar en una narrativa sobre nuestros eventos traumáticos, sino que invitamos a reconocer la seguridad en el cuerpo, percibir la seguridad que otorga el espacio compartido y cocreado en comunidad, y desde ahí, según la ventana de tolerancia de cada persona, bienvenidos los recuerdos o entendimientos que pueden ser compartidos desde la tranquilidad, la contención y no desde la catarsis, lo cual podría resultar re traumatizante.

Para superar el trauma necesitamos una calma, una seguridad y una protección similar a la que las manos del niño ofrecen al pájaro. Necesitamos el apoyo de amigos y conocidos, así como el de la naturaleza. Con este apoyo y estos vínculos podremos empezar a confiar y hacer honor a los procesos naturales que nos llevarán a la realización y a la plenitud (...) (Levine, 2022: 43).

Desde estas prácticas y experiencia compartida observamos que aquello que se revela son por un lado las improntas, las heridas, los traumas, que están en el cuerpo, pero por otro lado, es donde habita la potencia de la somática ofreciendo la posibilidad de renegociar con nuestro sistema neuroendocrino, el cual va revelando su posibilidad de confiar, de cocrear seguridad, de ampliar las posibilidades de sentir y percibir, de habitarlos. Al abrir estas nuevas rutas internas es que nuestro *ser* también va sanando.

El cuerpo no busca volver a una norma, sino inventar nuevas formas de habitar, de sostenerse en comunidad, de reconciliarse con sus límites. Desde aquí, la enfermedad y el dolor no

son opuestos a la vida, sino parte del ciclo vital que pide escucha y cuidado. “¿Cuán posible es lo mágico para la regeneración?” Una pregunta que emerge de la práctica y que abre una vía de pensamiento político y afectivo. Lo mágico no es evasión, sino una forma de reapropiarse del misterio, de restituir el valor de lo invisible, de lo que la modernidad ha negado como irracional.

Regenerar, en este contexto, significa volver a enlazarnos con la trama que sostiene la vida. Es desrigidizarnos, permitir el flujo de las aguas internas, dejar que los tejidos respiren y que la vulnerabilidad se vuelva fuente de poder. Nosotras nos regeneramos cuando nos permitimos sentir, cuando escribimos, cuando descansamos *juntas*.

Estos relatos encarnan una epistemología situada desde el auto y mutuo cuidado que desborda el ámbito individual y clínico para proponerse como ética comunitaria y política de la vida. En ellos, el cuerpo se revela como archivo, como territorio, como membrana entre la memoria y la posibilidad.

Nosotras aprendemos que autocuidarnos es cuidar lo común, que el sistema nervioso también puede ser un territorio de ternura, y que la magia –lejos de la fantasía– es una forma de conocimiento ancestral que devuelve sentido a lo que habita en la sombra. Desde la incomodidad inicial hasta la calma del contacto, desde el dolor hasta la sonrisa que aparece, se traza una pedagogía silenciosa: la de volver a habitar el cuerpo como casa, y a la comunidad como tejido de sostén.

Desde una lectura situada, la práctica eco somática puede comprenderse como un dispositivo de exploración corporal que, en lugar de interpretar la experiencia, la acompaña en su devenir, favoreciendo formas de atención que permiten al

cuerpo aprender a percibir y responder a lo que le afecta (cfr. Despret, 2014, 2018). En diálogo con Vinciane Despret, estos itinerarios se configuran como procesos de aprendizaje afectivo, donde el cuerpo amplía su capacidad de ser afectado por otros cuerpos, entornos y materialidades, desplazando una concepción representacional del conocimiento hacia una relacional y situada (cfr. Despret, 2004; Haraway, 1988). Lejos de una lógica extractiva del ser, saber y sentir, la experiencia corporal se cuida en su emergencia, produciendo formas singulares de sentido que no responden a trayectorias lineales ni a modelos normativos de sanación, sino a prácticas que hacen existir modos específicos de experiencia y cuidado (cfr. Despret, 2018; Mol, 2002). Se hace imperativo entonces explorar itinerarios corporales desde una ética del cuidado que reconoce la agencia del otro y transforma simultáneamente a quien conoce y a quien es conocido.

Habitar la fibromialgia como enfermedad disputada

Desde la fenomenología crítica, vivir con fibromialgia se comprende como una alteración del estar-en-el-mundo, donde el dolor crónico reorganiza la temporalidad, la percepción del cuerpo y la relación con el entorno (cfr. Carel, 2016). A diferencia de aproximaciones biomédicas centradas en síntomas aislados, estos estudios muestran que el dolor es una experiencia existencial, inseparable de la biografía, el contexto social y las condiciones materiales de vida.

La investigación con perspectiva de género ha evidenciado que esta experiencia está además moralmente evaluada: los cuerpos –mayoritariamente feminizados– con fibromialgia son leídos como exagerados, frágiles o poco creíbles, produciendo lo que se ha denominado injusticia epis-

témica en salud (cfr. Werner y Malterud, 2003; Carel y Kidd, 2014).

Los hallazgos de esta investigación permiten profundizar la comprensión de la medicalización y la farmacéuticalización a partir del análisis de las trayectorias asistenciales de mujeres que viven con fibromialgia, evidenciando que estos procesos no operan de manera lineal ni homogénea, sino que se configuran como dinámicas tensionadas, incompletas y situadas.

Las narrativas de las participantes ponen de relieve que la fibromialgia se constituye como una condición paradigmática de incertidumbre biomédica, caracterizada por trayectorias diagnósticas prolongadas, múltiples derivaciones y experiencias reiteradas de deslegitimación del dolor. Este hallazgo coincide con estudios que documentan que las personas con fibromialgia enfrentan largos períodos de búsqueda de diagnóstico y validación, en contextos donde su sufrimiento es frecuentemente cuestionado o psicologizado (cfr. Briones-Vozmediano et al., 2013; Sallinen et al., 2012).

Desde una perspectiva crítica, esto tensiona la noción clásica de medicalización como expansión automática del control biomédico (cfr. Conrad, 2007), mostrando que, en ciertos casos, el problema no es la sobremedicalización inicial, sino más bien la falta de reconocimiento médico, seguida posteriormente por una incorporación parcial y ambivalente al sistema sanitario. En este sentido, el diagnóstico de fibromialgia opera simultáneamente como un dispositivo de medicalización y como una herramienta de legitimación del sufrimiento, en línea con lo planteado por Barker (cfr. 2005).

Los itinerarios terapéuticos reconstruidos en este estudio evidencian que las mujeres no se limitan al modelo biomédico, sino que despliegan estrategias de cuidado que articulan múltiples racionalidades. Este hallazgo es consistente con la literatura sobre itinerarios terapéuticos en América Latina, que destaca la coexistencia de diversos sistemas de atención y la agencia de los sujetos en la gestión de su salud (cfr. Menéndez, 2003; Kleinman, 1980).

En el caso específico de la fibromialgia, diversos estudios han documentado el uso combinado de tratamientos farmacológicos, terapias complementarias y prácticas corporales, configurando lo que algunos autores denominan “estrategias de autoatención compleja” (cfr. Arnold et. al., 2016; Häuser et. al., 2015). Estos itinerarios no solo responden a la insuficiencia del abordaje biomédico, sino que también pueden ser leídos como formas de búsqueda activa de sentido y alivio, desbordando los marcos estrictamente clínicos.

Las observaciones realizadas permiten problematizar la farmacuticalización del malestar en el contexto del dolor crónico. Si bien se observa un uso extendido de psicofármacos y analgésicos—incluyendo antidepresivos, anticonvulsivantes y opioides débiles—, los relatos de las participantes dan cuenta de una relación ambivalente con estos tratamientos, marcada por la percepción de eficacia limitada, efectos adversos y discontinuidad terapéutica.

Este hallazgo dialoga con la literatura que señala que la fibromialgia constituye un caso donde la farmacuticalización presenta rendimientos terapéuticos acotados, lo que cuestiona la promesa de los fármacos como solución central al sufrimiento (cfr. Williams et. al., 2011; Bellato et. al., 2012). En este sentido, la experiencia empírica muestra

que la farmacoterapia no logra estabilizar completamente el malestar, lo que abre espacio para la exploración de alternativas.

Las experiencias narradas evidencian que las mujeres desarrollan un rol activo en la gestión de su condición, ajustando tratamientos, combinando terapias y produciendo saberes situados sobre su cuerpo. Este proceso puede ser interpretado, desde una perspectiva foucaultiana, como una forma de subjetivación en el marco de la gubernamentalidad contemporánea (cfr. Foucault, 2007; Rose, 2007), donde los individuos asumen la responsabilidad de su propio cuidado.

No obstante, los resultados sugieren que esta autogestión no puede ser reducida únicamente a una lógica neoliberal de responsabilización individual, sino que también debe ser comprendida como una estrategia de supervivencia frente a la insuficiencia del sistema de salud, especialmente en condiciones de alta incertidumbre clínica como la fibromialgia.

Por otra parte, emerge el papel central del género en la configuración de estas experiencias. La deslegitimación del dolor, la atribución a causas emocionales y la naturalización del sufrimiento femenino aparecen como elementos recurrentes en las trayectorias asistenciales, en línea con estudios que han documentado sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia (cfr. Briones-Vozmediano et. al., 2018; Samulowitz et. al., 2018).

Desde los feminismos críticos, estos hallazgos pueden ser leídos como expresión de procesos históricos de medicalización de lo femenino, donde el cuerpo de las mujeres ha sido objeto de regulación, patologización y control (cfr. Ussher, 2011). Sin embargo, en el caso de la fibromialgia,

este proceso adopta una forma particular, caracterizada por un doble movimiento: invisibilización inicial del malestar y posterior patologización parcial, lo que complejiza las lecturas tradicionales de la medicalización.

Asimismo, el análisis interseccional permite observar que los itinerarios terapéuticos no son homogéneos, sino que están profundamente condicionados por factores como el acceso a recursos, el tipo de sistema de salud y el territorio. Tal como señalan estudios en contextos latinoamericanos, las posibilidades de acceder a terapias complementarias o enfoques integrales están desigualmente distribuidas, lo que reproduce inequidades en salud.

Finalmente, desde una perspectiva decolonial, los itinerarios terapéuticos pueden ser interpretados no solo como respuestas adaptativas, sino también como espacios de producción de saberes y prácticas alternativas de cuidado. En este sentido, las mujeres no solo resisten la medicalización, sino que también configuran formas de “re-existencia” (cfr. Espinosa, 2014), en las que el cuerpo deja de ser únicamente un objeto de intervención médica para convertirse en un territorio de conocimiento y resignificación.

En conjunto, los hallazgos permiten sostener que vivir con fibromialgia visibiliza los límites del modelo biomédico y de la farmacéuticización como respuestas privilegiadas al malestar. Los itinerarios terapéuticos muestran que, lejos de ser pasivas, las mujeres desarrollan agencias situadas, negociando, resistiendo y recreando formas de cuidado en contextos de incertidumbre.

De este modo, la medicalización y la farmacéuticización no pueden ser comprendidas como procesos totalizantes, sino como dinámicas en

disputa, particularmente evidentes en condiciones como la fibromialgia, donde el dolor desafía las categorías biomédicas y obliga a repensar las formas de nombrar, tratar y acompañar el sufrimiento.

Conclusiones

Las sesiones permitieron acercarse a la fibromialgia como una experiencia vivida que se inscribe en el cuerpo, en la biografía y en las formas cotidianas de sostener la vida bajo condiciones de dolor persistente e incertidumbre.

En los relatos de las mujeres participantes emergieron trayectorias marcadas por quiebres, duelos y sobrecarga de cuidados, donde el cuerpo aparece no solo como lugar de sufrimiento, sino también como espacio de escucha fina de sus propias variaciones, límites y posibilidades.

Desde una perspectiva crítica en salud latinoamericana, estas experiencias evidencian cómo el padecimiento se produce y se distribuye socialmente, atravesado por desigualdades de género, credibilidad clínica y acceso diferenciado a formas de atención y reconocimiento.

En paralelo, las prácticas corporales compartidas abrieron situaciones de contención y exploración donde el tacto, la presencia y la atención sostenida permitieron que el cuerpo dejara de ser únicamente objeto de intervención para convertirse en un territorio sensible de aprendizaje y relación.

En esos momentos, el sentir no se redujo a la expresión del dolor, sino que se amplió hacia nuevas formas de percepción, donde la seguridad, la confianza y el vínculo con otras hicieron posible reconfigurar la experiencia corporal en tiempo presente.

Así, estas vivencias muestran que el cuidado no solo acompaña el sufrimiento, sino que también produce condiciones para que el cuerpo pueda ensayar otras maneras de habitar, más abiertas, relacionales y menos capturadas por las definiciones fijas del dolor.

Agradecimientos

Queremos agradecer profundamente a cada una de las mujeres que forman parte de la Agrupación Fibromialgia Los Ríos Valdivia y que participaron de estos encuentros, por haber querido encarnar esta experiencia íntima de cuidado mutuo. Por abrir sus historias, sus cuerpos y sus palabras con generosidad y valentía. Nos enseñaron que el saber también nace de la experiencia vivida, del

sentir y del compartir en comunidad. Gracias por confiar, por sostenernos y por construir juntas espacios de cuidado y dignidad. Este proceso nos recordó que la justicia epistémica no es una idea abstracta, sino una práctica que se teje - y que esperamos continuar tejiendo - colectivamente.

También nuestra infinita gratitud a Jonathan Zúñiga Ortega por su registro fotográfico que ha sido parte de este proceso de creación compartido, posibilitando que la fotografía cumpla su rol de dispositivo de enunciación y visibilización, donde la imagen se vuelve voz, gesto y territorio simbólico. Cada fotografía es una voz que se visualiza, una memoria que se encarna y una manera de repolitizar la sensibilidad.

Referencias Bibliográficas

- ABLIN, J. (2024). "Nociplastic Pain: A Critical Paradigm for Multidisciplinary Recognition and Management". *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 5741. <https://doi.org/10.3390/jcm13195741>
- ABRAM, D. (2010). *Becoming animal: An earthly cosmology*. Pantheon Books, 22.
- AUXILIADORA, M. (2019). *Espacio somático: Cuerpos múltiples*. Ediciones Asimétricas, 9–11.
- 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), 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- BRIONES-VOZMEDIANO, E., VIVES-CASES, C., RONDA-PÉREZ, E. y GIL-GONZÁLEZ, D. (2013). "Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia". *Health Expectations*, 16(3), 273–282. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00724.x>
- BUSFIELD, J. (2017). "The concept of medicalisation reassessed". *Sociology of Health & Illness*, 39(5), 759–774. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12576>
- CAREL, H., KIDD, I. (2014). "Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis". *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 517–524. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- CAREL, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press, 65–85.
- CLARKE, A. (2024). *Returning home to our bodies: Reimagining the relationship between our bodies and the world*. North Atlantic Books, 39–69.
- CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press, 161–180.
- DESPRET, V. (2004). "The body we care for: Figures of anthropo-zoo-genesis". *Body & Society*, 10(2–

- 3), 111–134.
- DESPRET, V. (2018). ¿Qué dirían los animales si les hiciéramos las preguntas *correctas*?. *Cactus*, 9-20.
- DUMIT, J. (2012). *Drugs for life: How pharmaceutical companies define our health*. Duke University Press, 17-60.
- ESPINOSA-MIÑOSO, Y. (2014). “Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica”. *El Cotidiano*, (184), 7–12.
- ESTEBAN, M. (2006). “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- ESTEBAN, M. (2004). *Antropología del cuerpo: Itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra, 21-70.
- FRANK, A. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press, 1-23.
- GOOD, B. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press, 61-90.
- HARAWAY, D. (1988). “Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective”. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
- HERSCH-MARTÍNEZ, P., SALAMANCA-GONZÁLEZ, M. (2022). “El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1), e345191. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- JONES, E., ASAAD, F., PATEL, N., JAIN y E., ABD-EL SAYED, A. (2024). “Management of fibromyalgia: An update”. *Biomedicines*, 12(6), Article 1266. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12061266>
- JURADO-PRIEGO, L. N., CUETO-UREÑA, C., RAMÍREZ-EXPÓSITO, M. J., MARTÍNEZ-MARTOS, J. M. (2024). “Fibromyalgia: A review of the pathophysiological mechanisms and multidisciplinary treatment strategies”. *Biomedicines*, 12(7), Article 1543. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12071543>
- LAURELL, A. (1982). “La salud-enfermedad como proceso social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.
- LEVINE, P. (2022). *Curar el trauma: Descubre tu capacidad innata para superar experiencias negativas* (A. Rodríguez, Trad.). Eleftheria, 14-73.
- LEY N° 21.531. (2023). Ley de fibromialgia y dolores crónicos no oncológicos. Diario Oficial de la República de Chile.
- LUGONES, M. (2008). “Colonialidad y género”. *Tabula Rasa*, 9, 73–101.
- MENÉNDEZ, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- MENÉNDEZ, E. (2009). “De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en salud”. *Salud Colectiva*, 5(3), 273–288. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.238>
- MOL, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press, 74-89.
- OYARCE, A., EGUIGUREN, P. y ÁLVAREZ, A. (2018). Trayectorias asistenciales: Una metodología cualitativa para el estudio de las redes integradas de salud. En *VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS), 7–9 de noviembre de 2018, Cuenca, Ecuador*. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
- PAROLI, M., GIOIA, C., ACCAPEZZATO, D., CACCAVALE, R. (2024). “Inflammation, autoimmunity, and infection in fibromyalgia: A narrative review”. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(11), 5922. <https://doi.org/10.3390/ijms25115922>
- RAMÍREZ, V., ALFARO, J., TORRES FER, A., MARTÍNEZ, C., BUSTAMANTE, A. y SOTO, M.

- (2022). “Fibromialgia en Chile: revisión de la literatura y propuesta para una futura política pública en atención primaria de salud”. *ARS Medica: Revista de Ciencias Médicas*, 47(4), 69–80.
- SAMULOWITZ, A., GREMYR, I., ERIKSSON, E., HENSING, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain”. *BMC Medicine*, 16, Article 15. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1014-4>
- SILVA-CASTRO, M. (2015). “El dolor tratado con medicamentos: La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos” (Trabajo de fin de máster, Universitat de Barcelona). *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona*.
- SOMATIC MOVEMENT CENTER. (s. f.). ¿Qué es la somática? Recuperado el 17 de noviembre de 2025, de <https://somaticmovementcenter.com/history-of-somatics/?locale=es>
- USSHER, J. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Routledge, 185-210.
- WERNER, A., MALTERUD, K. (2003). “It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors”. *Social Science & Medicine*, 57(8), 1409–1419. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00466-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00466-1)

Nombrar la enfermedad: comunicación, cuerpo y afectos en torno al cáncer testicular

Héctor Rebolledo Castillo*

RESUMEN

En este artículo se propone examinar las trayectorias de varones diagnosticados con cáncer testicular en la ciudad de Puebla, atendiendo tanto al momento de la revelación médica como a los modos en que ellos mismos relatan y transmiten la noticia a otras personas. Este análisis se inscribe en un marco antropológico que articula las dimensiones del cuerpo, la masculinidad y los afectos, para mostrar cómo el diagnóstico opera no sólo como categoría clínica, sino como un acto social que transforma las vidas de quienes lo atraviesan.

PALABRAS CLAVE: Cáncer testicular, masculinidad, afectos, comunicación del diagnóstico.

Revaluing popular and ancestral knowledge in the Angachilla territory: systematization of an experience

ABSTRACT

This article examines the trajectories of men diagnosed with testicular cancer in Puebla city, focusing both on the moment of medical disclosure and on the ways in which they themselves narrate and convey the news to others. The analysis is framed within an anthropological perspective that articulates the dimensions of the body, masculinity, and affects, in order to show how diagnosis operates not only as a clinical category but also as a social act that transforms the lives of those who experience it.

Keywords: Testicular cancer, masculinity, affections, diagnostic communication.

* Psicólogo, maestrante en Antropología Social (BUAP). Correo electrónico: rebolledohector43@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de septiembre 2025
Fecha de aceptación: 20 de enero de 2026

Introducción

El cáncer testicular es una neoplasia¹ poco frecuente en comparación con algunos otros tipos de cáncer como próstata y mama, pero de gran relevancia debido a su alta incidencia en varones jóvenes y en su incremento porcentual de acuerdo a la International Agency for Research on Cancer (2022). El interés que tengo sobre esta enfermedad radica en su diagnóstico, entendiendo que no puede ser explicado únicamente como un hecho médico, también como un acontecimiento social que desestabiliza las dimensiones simbólicas, afectivas y relacionales de los sujetos.

Recibir la noticia: “tienes cáncer”, no solo se limita a una enunciación por parte de cuerpo médico, se convierte en un momento performativo, teniendo la palabra médica un poder constitutivo: nombra, clasifica y transforma a una persona en paciente. El lenguaje médico produce tensiones que se entrecruzan con el mundo íntimo de estos varones, sus familiares y redes de apoyo, provocando una reorganización de la vida a partir de la comunicación de su diagnóstico, transitando de una identidad de sano a la de paciente.

Esta enfermedad, aunque representa una proporción relativamente baja frente a otros casos oncológicos, se sitúa en una doble dimensión: por un lado, se expresa como un enunciado técnico legitimado por la autoridad biomédica, por otro, se traduce en narrativas personales cargadas de afectos, silencios, resistencias o resignificaciones. Bajo esta lógica, la recepción del diagnóstico no se agota en la consulta médica; para los varones, escuchar y comunicar la noticia implica atravesar un campo de tensiones donde la enfermedad

se enlaza con los mandatos de la masculinidad². En los testimonios recogidos por los varones que hacen parte de la investigación y que fueron diagnosticados con cáncer testicular se describen sensaciones de vergüenza, miedo o silencio, al mismo tiempo que recurren al humor, la evasión u ocultamiento. Enunciar la noticia del diagnóstico supone exponer un cuerpo frágil, afectado por la pérdida de un testículo y la integridad corporal.

Analizar la experiencia de recibir y comunicar este diagnóstico permite comprender cómo los sujetos negocian significados en torno a su cuerpo, la enfermedad y los vínculos sociales. A su vez, posibilita problematizar la manera en que las instituciones médicas producen verdades sobre el cuerpo masculino.

Este artículo surge a partir de mi investigación de maestría en Antropología Social, titulada: “Cáncer testicular, cuerpo y masculinidad. Trayectorias sanitarias de varones diagnosticados en la ciudad de Puebla”. Los relatos que se mostrarán en el desarrollo de este artículo forman parte de las trayectorias de los varones que he y me han acompañado en el proceso de la investigación. El enfoque que se usa para esta investigación es de tipo etnográfico buscando comprender el cáncer testicular desde su encarnación en la vida de los varones encontrando aquellos elementos constitutivos participes dentro de sus trayectorias sanitarias. Mi intención es poner al centro las palabras de los varones que permita ver de manera textual las experiencias vividas en el proceso de su en-

¹ Término médico que se le da al crecimiento anormal de uno de los tejidos y que ocurre cuando las células se multiplican de forma descontrolada formando un tumor.

² El enlace que trato de hacer con el cáncer testicular y la masculinidad, no solo tiene que ver con la relación o las trayectorias de vida que tienen los varones con los procesos de salud-enfermedad-atención, también trato de reflexionar qué implica tener cáncer en el testículo, pensándolo como un referente simbólico y material heteronormativo.

fermedad, acompañado del ejercicio reflexivo de mi posición como acompañante y estudiante de maestría.

Las personas que acompañan la investigación son 5 varones heterosexuales: Gerardo que tiene 31 años de edad diagnosticado con cáncer testicular tipo 1, Víctor con 31 años de edad y diagnosticado a los 23 años con etapa tipo 1, Hugo tiene 34 años, diagnosticado a los 33 años. En el momento que tuve la entrevista con él tenía 15 días que había pasado por su primera quimioterapia. Tuvo un diagnóstico tipo 1. Martín tiene 28 años de edad diagnosticado con cáncer testicular a los 27. La primera ocasión que interactuamos de manera presencial tenía un mes que había sido dado de alta de las quimioterapias. Tuvo un diagnóstico tipo 3. Por último, Leonardo, tiene 33 años y su diagnóstico fue a los 24 años.

Con cada uno de ellos se realizaron entrevistas a profundidad de manera presencial a excepción de Leonardo y Víctor que por situaciones laborales y familiares era complicado vernos presencialmente. El periodo del trabajo de campo fue de año y medio contemplando la búsqueda de grupos de Facebook sobre cáncer testicular y dando seguimiento a las publicaciones que hacían para saber qué comentaban y quiénes lo hacían para poder tener registro de los temas que se discutían. Cabe aclarar que por cuestiones de confidencialidad he cambiado el nombre de cada uno al azar.

Dentro de esta investigación me he posicionado como investigador, hombre y acompañante de un familiar diagnosticado con cáncer testicular, percibiéndome como hombre que ha crecido dentro de un contexto sociocultural masculino hegemónico y también, como acompañante de mi hermano en su experiencia de cáncer testicular,

interpelándome en las historias escuchadas por los varones al encontrar resonancias con la trayectoria vivida con él y como investigador, siendo consciente que en el trabajo de campo y en la escritura se encuentran afectividades que me acompañan y que son parte de mi yo-humano-investigador.

Para recabar los testimonios se usaron entrevistas de tipo etnográfica que permitiera ir más allá de solo recabar información, intentando comprender las experiencias de los varones buscando situarlos en su contexto sociocultural. La forma en que los conocí fue a partir de dos técnicas. La primera fue a partir de la llamada “bola de nieve³”, teniendo en primer momento la cercanía de un familiar diagnosticado⁴, quien me vinculó con un amigo suyo que vivió la enfermedad. La segunda forma fue a partir de la búsqueda de grupos en Facebook⁵ sobre cáncer testicular. Aunque los miembros no fueron únicamente de la ciudad de Puebla, pude identificar los que sí vivían allí, haciendo una búsqueda exhaustiva de cada perfil del grupo. Cuando logré identificarlos establecí contacto uno por uno escribiéndoles un mensaje por Messenger logrando que algunos me contestaran y así, me acompañaran en el desarrollo de mi tesis de maestría.

El objetivo de este artículo es mostrar la experiencia de recibir y comunicar el diagnóstico desde las narrativas personales de varones que se encuentran viviendo en la ciudad de Puebla. Para

3 La técnica de bola de nieve funciona comenzando con un informante clave, que a su vez recomiendan a otros posibles sujetos que paulatinamente se convertirán en acompañantes de la investigación

4Para ser más específico, el familiar al que hago alusión es mi hermano, motivo principal por el cual decidí entrar a la maestría y realizar mi investigación.

5 Los dos grupos de Facebook en los que me guíe fueron: “Cáncer testicular. Luz de Esperanza” y “El cáncer de testículo, de los más curables si se detecta pronto”.

ello, se retoma la idea de performatividad del lenguaje de Judith Butler (cfr. 2004), señalando que el diagnóstico es un acto performativo, ya que inauguran un proceso de configuraciones o transformaciones en el que la noticia opera no solo como categoría clínica, también como acto social que transforma las vidas de quienes lo atraviesan.

El texto se encuentra estructurado iniciando por una breve contextualización del cáncer testicular en donde se agregan algunos estudios recientes sobre la enfermedad intentando mostrar las áreas de interés de algunxs autorxs y los huecos que aún faltan por abordar desde las ciencias sociales, agregando mi interés principal por la realización del texto y algunas reflexiones que he ido llevando. En la segunda sección trato de descifrar o explicar el diagnóstico para que no solo recaiga en el espacio médico pretendiendo explorar la noticia de cáncer testicular como una experiencia que moviliza afectos, biografías y la vida misma, permitiendo pasar los límites del espacio clínico. En la tercera, busco explicar que el diagnóstico, siendo un acontecimiento social y performativo, se vuelve un ejercicio de poder por parte del cuerpo médico, no solo enunciando una enfermedad, también configurando la biografía de los varones. En el último apartado traslado el lugar del diagnóstico a otros escenarios por fuera del hospitalario, siendo los varones encargados de comunicar la noticia a sus redes de apoyo. El escenario que busco mostrar es que enfermar no solo es un asunto médico, es un acontecimiento que se vive desde los afectos, movilizándolo a los sujetos de maneras específicas dentro de sus trayectorias.

Contextualización del cáncer testicular

Según la International Agency for Research on Cancer (2022) se muestra una pequeña incidencia de casos de cáncer testicular encontrándose en la

posición número 27 a nivel mundial del ranking de todos los tipos de cáncer con 74458 casos nuevos y 3337 en México. En los índices de mortalidad se encuentra en la posición número 32 a nivel mundial con 9334 defunciones y en México con 670 muertes. Glynn *et al* (2023) hace un análisis estadístico de casos de cáncer testicular en América Latina y el Caribe desde 1997 – 2019, con los resultados muestran que las tasas de mayor mortalidad se encuentran en Chile, México y Argentina.

En México la Unidad de Oncología del Hospital Juárez menciona que entre los 15 y 35 años de edad puede existir una mayor probabilidad de tener cáncer testicular. Mi consideración ante estas cifras citadas es no perderlas de vista ya que van mostrando un problema latente que va aumentando de manera exponencial. “Se estima que en 20 años su incidencia en México se incrementará un 13% más, teniendo un impacto epidemiológico importante, por lo que es necesario contar con un diagnóstico temprano” (Gaceta UNAM, 2023, S/N).

Frente a estos datos mostrados me pregunto: ¿por qué algunos tipos de cáncer son más visibles que otros?, ¿hay información preventiva o de acción ante los síntomas y cuáles son los alcances de esa información? ¿qué investigaciones se han desarrollado sobre cáncer testicular?

Ante estas preguntas, Alexandra Brighit (2022) desarrolla un texto que lleva por nombre “Educación en autoexploración testicular para estudiantes del programa de ingeniería en Biotecnología de la Universidad de Guanajuato”. La autora menciona que la promoción y la práctica de la autoexploración testicular sirve como una estrategia de detección temprana ligada a una lógica biomédica y técnica, pero no contempla el contex-

to sociocultural o los determinantes sociales que pueden acompañar dicha detección. A partir de investigaciones como esta es posible visibilizar el cáncer no solo desde una mirada biomédica, es importante considerar otros factores sociales – culturales que lo van acompañando. De la misma manera González *et al* (2024) menciona que la información y prevención sobre cáncer testicular son herramientas útiles que pueden servir para su detección, sin embargo, solo se tiene en cuenta un discurso técnico asumiendo que el tener conocimiento o no sobre la autoexploración es la única vía posible que pueda posibilitar o imposibilitar un diagnóstico tardío.

Siguiendo la idea del texto anterior, Cueva *et al* (2025) trabaja con estudiantes de diferentes licenciaturas en Ecuador mostrando un bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer testicular a excepción de los estudiantes de medicina que tuvieron resultados altos en el conocimiento por el tipo de carrera que estaban cursando. Bajo esta lógica, Castello *et al* (2024) realizaron una investigación en una universidad de Veracruz en el que abarcan la importancia del conocimiento de la autoexploración para una detección temprana, sin embargo, en los resultados de las entrevistas, realizadas a jóvenes universitarios, se muestra una variable en la que no se profundiza más, que es el desconocimiento de la enfermedad y de la autoexploración. De la misma manera Almonte *et al* (2021) realizan una investigación en el estado de Puebla a jóvenes de una universidad privada mostrando un bajo porcentaje de varones que conocen la enfermedad, agregando que no asistirían a una cita médica en caso de presentar síntomas.

Estos textos mencionados muestran la predominancia del conocimiento técnico médico sobre la enfermedad, sin atender las trayectorias de los sujetos que han vivido la experiencia. Conside-

ro que la mirada biomédica posibilita conocer el cáncer testicular, pero, invisibiliza las subjetividades de los varones con un diagnóstico, incluso reduciéndolo a un padecimiento clínico lo que no permite contemplar dimensiones políticas, económicas y culturales que corresponden a los procesos de salud-enfermedad-atención.

Por otro lado, Delgado (2023) trata de ampliar las causas de los diagnósticos en varones con cáncer testicular buscando relacionar los factores socio-demográficos⁶. Desde esta mirada, el autor parte del supuesto de que el diagnóstico temprano no solo depende de variables biológicas, también de condiciones estructurales y sociales que influyen en los servicios de atención. Estos factores que enfatiza el autor como determinantes del diagnóstico, considero deben estar anclados a procesos socioculturales y así, poder interrelacionar las variables entre sí para no darle un sentido independiente o solo cuantificable.

En la misma línea de investigación, Torres *et al* (2024) plantean que existen barreras y facilitadores en los procesos de salud-enfermedad-atención. Propone que existe una desigualdad en la distribución de los recursos médicos entre los hospitales, concentrándose en algunas zonas, provocando que el servicio sea tardado o con la necesidad de trasladarse a otros lugares para tener un diagnóstico, retrasando el proceso de atención médica.

Para el objetivo de este artículo es indispensable problematizar con otros determinantes que pueden estar incluidos en las trayectorias de los varones como las normas de masculinidad hegemónica, siendo los testículos una característica

⁶ Edad, nivel educativo, estado civil, condicional laboral, lugar de residencia y acceso de la salud.

simbólica de masculinidad; permitiendo señalar al cuerpo no como un objeto biológico, si no como un territorio atravesado por significados culturales, afectivos y morales, lo cual permite incorporar las narrativas propias de quienes son diagnosticados.

Viveros (2012) presenta un análisis tratando de instalar el cáncer testicular como un problema que no puede reducirse a una dimensión biomédica, también como una experiencia social y simbólica, por lo que trata de averiguar la resignificación de la masculinidad en las experiencias de la enfermedad. El cáncer no solo se vuelve una amenaza para la vida, también interpela nociones ancladas con la masculinidad como virilidad, potencia sexual, autonomía y control. El autor va a plantear que la masculinidad no desaparece con la enfermedad, más bien, se transforma, redefiniendo lo que significa ser hombre. Uno de los aportes relevantes del estudio es que los testículos dejan de ser entendidos como órganos biológicos, y más como símbolos condensadores de significados. Fuentes (2015) busca inscribirse en el mismo campo de investigación que Viveros (2012) explorando la experiencia del cáncer testicular como un evento crítico que interpela la virilidad. Su principal aporte consiste en mencionar que la virilidad no es una condición natural ni estable, sino una construcción sociocultural que es atravesada por los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas corporales de la enfermedad. Para la autora el cuerpo masculino con un diagnóstico de cáncer testicular se vuelve un espacio de disputa donde confluyen los discursos médicos, imaginarios sociales y experiencias subjetivas.

El cáncer testicular y el cuerpo no solo son objeto de intervención médica, sino un cuerpo vivido, atravesado por emociones, silencios, vergüenza y estrategias de ocultamiento, siendo la narrativa de

los varones un eje central. Con lo mostrado hasta aquí, se logra revelar que aún existen huecos en la investigación sobre cáncer testicular, uno de ellos es el tema de los afectos al momento de que los varones comparten y anuncian su diagnóstico. Este evento se puede postergar o evitar para no mostrarse como una carga emocional, ese silencio no es una falla en la comunicación, también puede ser leído como una herramienta que permita a los varones sostener una masculinidad encarnada dentro de su entorno social.

Quisiera compartir mi implicación en el tema a partir de la experiencia de vivir un proceso acompañando a un familiar con cáncer testicular⁷ provocando un choque de realidad con la enfermedad. No era nuevo para mí escuchar la palabra cáncer, principalmente si se trataba de mama o próstata, pero, cuando supe la existencia de la enfermedad fue una gran sorpresa. No tenía información al respecto, no sabía las razones por las cuales se daba, no tenía idea de los síntomas que puede provocar. Ante esto me preguntaba, ¿cuántas personas tenemos conocimiento de este tipo de cáncer? Mi hermano al igual que yo no sabía de tal enfermedad, razón por la cual vivió con los síntomas⁸ durante 2 años aproximadamente, hasta que llegó al hospital para ser intervenido y extirparle un testículo. La trayectoria de su diagnóstico, atención y tratamiento no fueron inmediatos por fallas estructurales del servicio médico público siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tomando la opción de tener asistencia médica privada. Las rutinas y los espacios

7 La motivación para realizar este artículo y mi investigación de maestría es a causa del diagnóstico de cáncer testicular que recibe mi hermano en el 2022. Como parte complementaria, aquellos silencios que existieron por parte de él y sus acompañantes (Madre, padre, hermano), se volvieron incógnitas de cómo vivió su trayectoria en el momento de la detección y atención de su enfermedad.

8 Los síntomas que tuvo fueron graduales, primero sintió una inflamación en uno de los testículos, posterior a ello, fueron náuseas, dolor en la espalda baja y, por último, dolor en el mismo testículo inflamado.

se encuentran dentro de los hospitales, pero algo me queda claro, la vida no cambia solo en el momento de recibir y comunicar el diagnóstico, se vuelve diferente después de ser dados de alta.

Estos datos y reflexiones mencionados me permiten plantear que existe poco campo en las investigaciones sobre cáncer testicular que no estén centrados fuera del campo biomédico, considero que es importante seguir explorando sobre la enfermedad por fuera de esos registros, es por ello que este artículo intenta explorar la enfermedad desde el campo de los afectos, no solo centrandó la atención en el espacio clínico, también en los otros espacios que viven los varones y que la enfermedad va teniendo presencia. En este caso, el momento del diagnóstico se vuelve un evento que cambia la vida de las personas, pues recibir tal noticia provoca una configuración en las trayectorias de vida de los varones, sin embargo, el diagnóstico no se agota ahí, también se traslada al momento de comunicarlo a las redes de apoyo. Es ahí en donde me pregunto ¿qué afectos se movilizan al momento de comunicar la noticia?, ¿cuáles son las primeras personas que reciben la noticias y por qué?, ¿qué se comunica?, si existen silencios por parte de los varones para comunicarlo, ¿qué quieren decir aquellos silencios?, y una de las preguntas que me parece más relevante, ¿por qué el momento de comunicar el diagnóstico se puede volver un evento importante dentro de las trayectorias de los varones? Estas preguntas las planteo desde las entrevistas realizadas con los varones que trabajo para mi investigación, observando que recibir el diagnóstico no es el único momento que es performativo, también decir “tengo cáncer” invita a cargar o trasladarse al papel de paciente, por lo que parte de su vida se configura entre citas médicas, cirugías, tratamientos y cuidados.

El diagnóstico como acontecimiento social

El diagnóstico médico, entendido como una práctica discursiva y técnica, no se limita a la descripción objetiva de un trastorno, sino que produce un régimen de verdad sobre los cuerpos. El cuerpo médico se vuelve “productor de saber, multiplicadores de discursos, inductores de placer y generadores de poder” (1998: 92). Con lo referido, la medicina moderna no solo observa, también instituye una mirada clínica capaz de separar lo normal de lo patológico, inscribiendo al sujeto en un orden de saber y poder que excede la enfermedad puntual.

Desde una mirada antropológica, no debe entenderse como una categoría médica, más bien como un proceso sociocultural, histórico y performativo que implica relaciones de poder, producción de sentidos y construcción de identidades. Con esto, el diagnóstico lejos de ser un procedimiento técnico, constituye un acto culturalmente situado que organiza la experiencia de la enfermedad, produciendo efectos materiales y simbólicos en los cuerpos y en las biografías de quienes lo reciben.

Así lo narra Luis, un varón que trabaja por las mañanas de maestro en una preparatoria y por las tardes de “maestro”⁹ en carpintería en el taller familiar. Fue diagnosticado con cáncer testicular hace 7 años y expresa lo siguiente en referencia a los efectos en su biografía:

El chiste es que hay tacto¹⁰, así es su nombre clínico para la detección del cáncer, tal cual, se palpa y se logra detectar y ese fue el inicio,

9 Asignación popular mexicana que se usa para nombrar a un obrero especializado en alguna experiencia manual.

10 Examen testicular que consiste en palpar los testicular para buscar cualquier bulto, hinchazón o cambio en la superficie.

digamos, de esta historia de “terror”, entre comillas porque ahora yo le llamo bendita enfermedad. Esta historia empieza por que el doctor, al momento de palpar, me dice: “esto es cáncer” y pues obviamente, yo creo que para nadie es ajeno que el hecho de que te digan cáncer, para todos simboliza muerte, todos asociamos cáncer con muerte (Comunicación personal, 2025)

El diagnóstico constituye un punto de inflexión en la vida del paciente, no solo se nombra una enfermedad, también anuncia la posibilidad de una muerte futura donde el sujeto es confrontado con la fragilidad de su vida. El paciente vive una condición liminar¹¹, en la que la vida se experimenta atravesada por la sombra de un morir posible. Esta experiencia de la muerte como acto performativo lo abordaré en la siguiente sección.

Byron Good señala que el diagnóstico debe analizarse como una narrativa biomédica que estructura la experiencia del padecimiento y ofrece marcos interpretativos a los pacientes (cfr. 2003). Desde esta perspectiva, el diagnóstico no solo nombra una enfermedad, también negocia significados entre el lenguaje médico y las experiencias de sufrimiento. Así, cada diagnóstico se inscribe en una red de significados que involucran afectos, moralidades y expectativas de tratamiento.

En esa misma línea, Annemarie Mol propone un giro ontológico al mostrar que las enfermedades no son entidades únicas, sino realidades múltiples producidas en las prácticas médicas, ya que “el diagnóstico no es un acto único, sino una práctica que se realiza en múltiples lugares, con la ayuda de distintos instrumentos y actores” (2023: 14).

¹¹ La condición de este concepto es para hacer referencia a que el diagnóstico es un evento en el que se incorpora un estado nuevo separándolo del que se encontraba suspendiendo o interrumpiendo la continuidad biográfica de los varones.

Con esto, el diagnóstico no revela una verdad previa, más bien hace existir la enfermedad. La vivencia de la enfermedad es distinta en la sala de consulta, en el laboratorio, en la experiencia íntima del paciente o en los protocolos estadísticos.

En conjunto, la línea crítica de este apartado es mostrar que el diagnóstico más allá de un hecho clínico, es un evento performativo que se encuentra más allá del espacio hospitalario y que produce realidades sociales, afectivas, y corporales. Nombrar una enfermedad es reorganizar la experiencia, redefinir la identidad de los varones a enfermos o pacientes. El varón diagnosticado queda en un umbral social y existencial que desborda las categorías, que genera un tránsito de un estatus a otro, de varón sano a paciente con cáncer.

Enunciar la enfermedad: el poder de la palabra médica

El diagnóstico médico constituye mucho más que la constatación de una patología orgánica; es, en términos de Austin, un acto del habla performativo (cfr. 1981). Cuando el médico enuncia “usted tiene cáncer testicular”, no se limita a describir un estado del cuerpo, sino que instituye un nuevo estatus ontológico y social: el de paciente con cáncer. Judith Butler ha señalado que los actos del habla tienen el poder de producir sujetos a marcos normativos específicos, “la huella que deja la interpelación no es descriptiva, sino inaugural (...) su objetivo es indicar y establecer a un sujeto en la sujeción” (2004: 62). De este modo, el diagnóstico no solo refleja una realidad biológica, la reconfigura, instaurando un régimen de verdad delimitado por procedimientos médicos. Uno de los entrevistados expresó su experiencia de recibir el diagnóstico de la siguiente manera:

Me dijo que era cáncer y pues obviamente, yo creo que para nadie es ajeno que el hecho de que te digan cáncer, pues para todos simboliza muerte (...) Entonces, en ese momento, para mí fue más que un balde de agua fría, o sea, fueron muchísimas emociones (Leonardo, comunicación personal, 2025)

Es importante considerar este proceso anclado con la dimensión de la masculinidad. El testículo ocupa un lugar simbólico central en la configuración cultural de la virilidad, la potencia y la fertilidad, pero tampoco podemos descartar aquellos imaginarios sociales que remite el cáncer como la muerte.

Lo primero que pregunté fue: “¿voy a poder tener hijos?”, Y me dijeron: “sí, sí vas a poder tener hijos, no te preocupes, sí se puede. En algunos casos, a lo mejor vas a necesitar un poquito de asistencia, pero lo normal y lo real es que sí se puede. Si no se llegara a poder, no es directamente relacionado con el hecho de que no tengas un testículo, sino más con otras cosas.

Entonces, sí, lo que sentí fue eso, fue como, no manches, todo lo que, entre comillas, soñé, o bueno, no entre comillas, porque sí lo soñé, de ser papá, no lo voy a lograr porque, pues, ya, adiós testículo, o sea, voy a estar a media capacidad.

Mas allá de dejar de ser hombre, fue más el: “no voy a poder ser papá”, para mí fue un duro golpe, independientemente que en ese momento obviamente no quería ser papá, porque estaba yo joven y tenía yo un plan, aun así, fui papá joven, para el promedio actual, pero sí, sí fue duro el golpe en ese sentido en la fertilidad. (Leonardo, comunicación personal, 2025)

La pérdida de este órgano a través de una orquiectomía¹² como tratamiento primario se puede experimentar como una amenaza a la masculinidad¹³, eso no solo se experimenta en el cuerpo de la persona quien lo vive, también el régimen médico lo viven como una amenaza. Connell sostiene que “la tecnología se extiende hasta la producción de la masculinidad, con implantes de penes, tanto inflables como rígidos” (2015: 82), ejemplo de ello es la prótesis testicular, operando bajo un ideal normativo de cuerpo que provoca regular las prácticas y percepciones de los varones en relación con su cuerpo. Es interesante contemplar que los varones entrevistados en esta investigación no vinculan el ser hombre con los testículos como objeto simbólico, pero sí lo articulan en su materialidad, es decir, no solo reafirman una masculinidad por estar en los genitales, también por lo que puede dar que es: hijos e identidad, que es la paternidad. Los testículos no solo son objetos simbólicos, también materialidades que producen regímenes heterosexuales.

Así lo comparten Hugo y Víctor al momento de decirles que les extirparían un testículo dándoles una solución ante tal práctica:

Lo máximo que me dijo mi médico fue, así de que, para no hacerme sentir inseguro, solo me dijo del embarazo, o sea, no te preocupes, con un solo testículo puedes embarazar a quien quieras, si quieres a todo Puebla. Así tal cual, dijo, así que no te preocupes si tienes un testículo (Hugo, comunicación personal, 2025)

12 Procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de uno o de los dos testículos.

13 Al mencionar la pérdida de testículo como una amenaza a la masculinidad, no solo hablo del testículo como objeto material y simbólico, también por aquello que promete ese órgano bajo un régimen normativo heterosexual que es la paternidad, considerado un papel identitario de ser hombre.

Ahí me dijeron que, si quería un testículo de prótesis, para no perder seguridad y hombría (Víctor, comunicación personal, 2025)

Así, el diagnóstico de cáncer testicular no solo interpela al sujeto como enfermo, también reconfigura su posición en el orden de género, confrontándolo con la vulnerabilidad de su corporalidad y la posibilidad de ser leído como incompleto o menos hombre.

El diagnóstico, entonces, tomando como referente a Annemarie Mol no es un momento estático, son “prácticas múltiples” (2023: 5) encontrándose en el laboratorio o en la consulta, y en otros espacios, ya que no solo está en juego su salud, también su identidad masculina.

Al mismo tiempo, el decir médico no llega nunca en frío, se vuelve un acontecimiento cargado de afectos que reorganizan la vida de los varones. No es solo una etiqueta médica, sino una palabra que se adhiere al cuerpo y que produce un antes y un después.

Por mi déficit de atención lo tomé a la ligera y me sentía seguro con mi papá y las personas que eran profesionales, que me daban seguridad. ¿Qué es lo peor que me pueda pasar?, pues morirme y ya. Pensaba si ya había vivido lo suficiente o estoy desperdiciando mi vida, sale el primer veredicto del diagnóstico, ahí es cuando decía, ya puedo decir adiós feliz. También pensaba en una frase que decía Nietzsche: “las personas que están conscientes de su muerte son las que realmente viven” (Víctor, comunicación personal, 2025)

Los testimonios recabados muestran cómo el instante del diagnóstico se recuerda con nitidez,

como si condensaran emociones difíciles de olvidar. El estremecimiento no es sólo miedo a la muerte, también a lo que esa palabra significa para el cuerpo.

Sara Ahmed menciona que los afectos “las emociones adquieren forma mediante el contacto con objetos y no son causada por ellos, entonces las emociones no están simplemente en el sujeto o el objeto” (2015: 27), siendo así, los afectos no se poseen, sino circulan entre sujetos u objetos y en el acto del diagnóstico emergen el miedo, la vergüenza o incertidumbre. Estos no son meramente individuales, sino que se median en las relaciones sociales del paciente: con la pareja, la familia y las redes de cuidado.

Uno de los afectos encontrados en los testimonios de los varones ha sido el miedo, ampliando la posibilidad de una muerte futura. En este sentido, puede entender como un acto performativo que inaugura o anticipa una experiencia de una posible muerte, donde el paciente es confrontado con la fragilidad de su vida. Así lo comparte Leonardo desde su experiencia:

Yo creo que para nadie es ajeno que el hecho de que te digan cáncer, pues para todos simboliza muerte, todos asociamos cáncer con muerte, ya cuando estás de este lado te das cuenta que cáncer no siempre es muerte, pero cuando no lo conoces, pues cáncer siempre es muerte (Comunicación personal, 2025)

La experiencia del cáncer testicular se acompaña del fantasma de la muerte, entendido como la presencia constante de una amenaza que, aun en situaciones de tratamiento, nunca desaparece del todo. Kleiman señala que “la experiencia de la enfermedad es la experiencia vivida de los

síntomas y el sufrimiento... es siempre una experiencia de amenaza a la vida y al significado (1980:3). El paciente vive una condición liminar, en la que la vida se experimenta atravesada por la sombra de un morir posible. Aunque el cáncer testicular no siempre es letal, activa imaginarios de enfermedad terminal que sitúan a los pacientes en un campo de ambigüedad entra vida y muerte. En palabra de Seale “El acto del diagnóstico coloca al paciente en una narrativa de muerte, incluso cuando la supervivencia es posible” (1998: 45). El diagnóstico redistribuye afectos y expectativas sobre cómo un hombre debe enfrentar la enfermedad, tensionando las normas culturales de fortaleza y silencio que suelen acompañar la masculinidad.

Siguiendo a Pierre Bourdieu, el **acto de nominación** contenido en el diagnóstico es eficaz porque se sostiene en el poder simbólico del campo médico. “El poder de las palabras sólo es el poder delegado del portavoz (...) el lenguaje se limita a representar esta autoridad, la manifiesta, la simboliza en todos los discursos de institución” (2001:67 - 69). El enunciado médico adquiere fuerza de verdad porque proviene de una posición socialmente autorizada, lo que legitima prácticas invasivas y decisiones vitales sobre el cuerpo del paciente. Illich (cfr.1975) afirma que la medicina se ha expropiado de la capacidad de las personas a estar sanas, ese monopolio del saber crea cuerpos dóciles ante el discurso médico, teniendo el poder de definir lo normal y lo patológico, depositando la verdad o la confianza a un sistema médico “experto”. En el caso del cáncer testicular anclado a Bourdieu, es que el cuerpo médico “los sacerdotes y profesores y, en general, de todas las instituciones (...) proceden de la posición que ocupan en un campo de competencia esos depositarios de una autoridad delegada”(2001:69), este acto dis-

cursivo no solo designa una enfermedad, sino que habilita intervenciones quirúrgicas, tratamientos y un modo de reorganizar la vida en torno a la identidad de la persona enferma, resignificando la masculinidad a partir de la experiencia de vulnerabilidad corporal.

Por último, el diagnóstico inserta a los pacientes en dispositivos de **biopoder**. Michel Foucault sostuvo que en las sociedades modernas un poder “se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales” (1998:165). El cáncer testicular, al afectar un órgano vinculado a la fertilidad y a la potencia sexual, se vuelve un nodo donde convergen prácticas de vigilancia médica, preocupaciones reproductivas y mandatos de normalidad corporal. La medicina no solo cura, también implanta lógicas corporales que se adhieren a la idea de un cuerpo masculino heterosexual completo, siendo la tecnología médica una herramienta de “curación” y de solución a los efectos corporales que provoca la enfermedad como la prótesis. El acto de diagnóstico funciona como una tecnología de clasificación que ubica al sujeto en un entramado de prácticas de control y seguimiento, inscritas en una racionalidad biopolítica que busca optimizar la vida y gestionar la enfermedad.

Narrar y comunicar la enfermedad

El momento de dar la noticia y decir “tengo cáncer” se vuelve un acto performativo, se inaugura un nuevo estatus social, el de enfermo, reorganizando las expectativas de lxs otrxs. Butler menciona que el poder del discurso no radica únicamente en su capacidad de representar, sino en su capacidad de producir “los efectos que nombra” (2002:18). Socializar el diagnóstico tiene efec-

tos concretos en la red de apoyo, pues la palabra cáncer activa imágenes de muerte, sufrimiento y fragilidad que condicionan la manera en que los demás responden y reorganizan sus formas de cuidado.

Es importante tomar en cuenta que el diagnóstico de cáncer testicular no se experimenta en aislamiento, su anuncio se expande a demás círculos de interacción. Kleiman menciona que “la enfermedad no es simplemente una experiencia individual sino social” (1988: 5). Siendo así, se traslada más allá de la consulta, viéndose obligados a decidir cómo narrar o silenciar su diagnóstico. Al anunciarse, el cáncer instituye una nueva condición subjetiva y relacional, los varones ya no son sujetos sanos, sino que devienen en paciente o persona enferma.

La enfermedad puede ser enunciada con humor, otros lo callan para no ser leídos como frágiles. El diagnóstico no tiene un sentido fijo, se transforma según el contexto en que se dice, ya sea con la pareja, la familia o entre amigos.

Así lo comparten los siguientes testimonios:

Al otro día fui al trabajo porque tenía que ir a hablar con mi jefe, con el gerente. Voy y les digo: “oigan, está pasando esto, me tienen que operar de urgencia y no sé qué va a pasar”. Pues lo entendieron bastante bien. Les dije: “me detectaron un tumor”, no les dije tal cual que era de un testículo, la verdad que me dio pena. Me ha dado un poco de pena hablar que es un testículo, pero si les dije, me detectaron un tumor, no les especifique donde, solo: “me van a operar de urgencia porque está creciendo y pues no sé qué va a seguir después”, me dijeron: “sin problema”, nada más uno con los que reporto

dijo: “por favor pide incapacidad del IMSS”. (Hugo, comunicación personal, 2025)

En el caso de Hugo, comunicar el diagnóstico está marcado por la genitalidad y la virilidad, pero también, el anclaje que produce ese afecto, es la decisión de contarles a sus jefes. La comunicación se vuelve selectiva, pero en este caso, la información también. Ese silencio u ocultamiento funciona como una forma de protección frente a posibles estigmas, es decir, que existen normas culturales que moldean lo que se puede decir y lo que debe callarse de la enfermedad. La vergüenza que evoca el testimonio no es privada, sino que circula y reconfigura los lazos sociales, al mismo tiempo que genera ocultamiento o acompañamientos.

La ocasión que sentí gacho fue cuando le dije a mi mamá porque mi papá no le quería decir nada para no preocuparla (Víctor, comunicación personal, 2025)

En el caso de Víctor, expresa como el anuncio de la noticia implica un trabajo emocional, buscando cuidar su narrativa para sus seres queridos. En estas situaciones la familia puede volverse un soporte primario, es ahí donde la enfermedad se vuelve colectiva. Desde ahí, la enfermedad se distribuye o encarna entre quienes forman parte de sus redes de apoyo.

Me subí a mi coche, me siento en el carro y le dije a mi tía, fue ahí cuando empecé a llorar y a pensar que era cáncer. Solo lloré frente a mi tía (...) De ahí la fui a dejar y le marqué a mi novia por que íbamos ir al cine, le dije que iba para allá y me dijo si estaba bien porque me escuchaba llorando. El chiste es que me fui con ella, le platiqué y llore con ella y también lloro junto

a mí. Ella cree mucho en dios entonces me dijo que dios está con nosotros y vamos a salir de esta. Ya me dijo que me fuera a mi casa a descansar, pero yo no quería estar pensando en eso, entonces me fui al cine con ella. Eso fue algo que me calmo y me fui para mi casa (Gerardo, comunicación personal, 2025)

Los varones no enfrentan sus emociones de manera individual, pasan a una dimensión social al momento en que es compartida la noticia. Aunque esto lleva a no vivir las emociones de manera aislada, implica por parte de los pacientes, trabajar o cargar con las reacciones de sus seres queridos.

Lo platico en la casa con los familiares, todos me dicen: ¿es urgente?, no pues que sí y me dice mi suegro: “sabes que, ya te referí con el médico, se llama Rendón, es de ahí de Tepeaca, él tiene su clínica privada, pero también le da servicio a los del ISSSTEP, es bueno, vamos” (Martín, comunicación personal, 2025)

En los párrafos anteriores mencioné la carga simbólica que es asignada en el momento que el cuerpo médico menciona “tienes cáncer”, ahora, trasladando el estatus de los varones a paciente o enfermo, que requiere dar la noticia a los círculos de apoyo, se produce una nueva reestructuración. Se selecciona la información, el mensaje y las personas que reciben la noticia, la cual no solo comunica el diagnóstico, también configura vínculos, afectos y roles.

Callar o comunicar el diagnóstico se vuelve un acto performativo, incluso, permite entender que enunciar la noticia no solo es tarea del cuerpo médico y dentro del consultorio, también del paciente frente a sus familiares o red de apoyo. Esas enunciaciones se repiten dentro de marcos distin-

tos, generando afectos de cuidado o angustia, incertidumbre frente a la productividad o el empleo. Así lo externa Hugo, sintiéndose preocupado por su trabajo al saber que tenía cáncer:

Me preocupé por el trabajo porque la empresa pues anda cortando personal, dije ahora esto cómo me va a afectar porque pues que yo sepa el cáncer es un proceso largo de tratamientos, revisiones, cirugía y ahorita en la empresa pues se andan con recorte personal eso me va a afectar (Hugo, comunicación personal, 2025)

Vivir y comunicar al diagnóstico, supone formas de poder procesarlo, en algunas ocasiones puede ser de manera silenciosa como lo menciona Hugo:

Pues comúnmente, ahorita ya lo digo más fluido, ¿no? Me dio cáncer en el testículo, pero recién cuando lo operé decía: me dio un tumor y ¿dónde te dio? luego te lo platico. Entonces es una pena, como incomodidad en mi caso al menos yo no me siento tan confiado en hablar sobre mis partes íntimas para decirlo. (comunicación personal, 2025)

Incluso también se puede anexar el humor operando como un recurso para ocultar la vulnerabilidad, evitando el lugar de enfermo que suscita compasión. La broma puede ser visto como un mecanismo de defensa que evita la exposición de la vulnerabilidad y mantiene la pertenencia al grupo masculino en sintonía con las normas de la masculinidad.

La broma podría controlar el discurso de pérdida frente a las amistades, pareja o familiares. Narrar la experiencia desde el humor da la posibilidad de aligerar la carga emocional y poder minimizarla invita a las demás personas a reír. Connell men-

cional que “la hegemonía, la subordinación y la complicidad (...) son relaciones internas del género” (2015: 117) que permiten legitimación del patriarcado y la subordinación de otros modos de ser varón. Esto podría permitir evitar estar situado en el lugar de enfermo buscando demostrar que no existe ninguna afectación.

En párrafos anteriores mencioné que comunicar el diagnóstico no es una tarea fácil para el paciente, ya que se debe ser cuidadoso con la forma y la información que se comunica, por lo que el humor dentro de las redes de apoyo ¿se podría considerar como una estrategia afectiva? Ahmed menciona que *“las emociones moldean las superficies mismas de los cuerpos, que toman forma a través de la repetición de acción a lo largo del tiempo, así como a través de las orientaciones de acercamiento o alejamiento de los otros”* (2015:24), por lo que la broma busca aligerar la incomodidad y tranquilizar a la familia, volviéndose una práctica de cuidado a sí mismo y a las demás personas.

En la comunicación del diagnóstico también se negocian masculinidades, relaciones de cuidado y formas de habitar la vulnerabilidad. Tal como Butler menciona, el discurso tiene la capacidad de producir lo que nombra, al decir “tengo cáncer” ante los otros, los varones no solo comparten un dato, sino que reconfiguran su identidad frente a quienes escuchan. La enunciación de la enfermedad y las prácticas reiterativas que conlleva el tratamiento médico, es lo que convierte al diagnóstico en un evento performativo como aquello “divino que da vida y constituye exhaustivamente lo que nombra o, más precisamente, en ese tipo de referencia transitiva que nombra e inaugura a la vez” (2002: 24).

La experiencia de nombrar un diagnóstico de cáncer testicular permite reordenar los vínculos, activar emociones compartidas y cuestiona los modos en que los varones habitan su cuerpo y masculinidad. Como lo menciona Annemarie Mol “la enfermedad no es una entidad estable, sino el resultado de prácticas múltiples” (2023: 8). En este caso, una de esas prácticas fundamentales es la comunicación, donde se negocia quién debe saber, cómo decirlo y qué afectos acompañan ese anuncio.

Así, el diagnóstico de cáncer testicular no solo nombra una alteración corporal, sino que produce un nuevo estatus identitario que transforma la vida cotidiana del varón, situándolo bajo vigilancia médica, controles periódicos y discursos de autocuidado.

A modo de cierre

Los ejemplos etnográficos que se muestran en esta investigación, permiten comprender que comunicar un diagnóstico de cáncer testicular no solo es un acto médico, también se vuelve un proceso performativo que atraviesa la sexualidad, reorganiza la vivencia corporal y tensiona las formas de masculinidad.

Este texto muestra que nombrar la enfermedad es también reorganizar la experiencia, redefinir el lugar del sujeto en sus vínculos sociales, abriendo o cerrando posibilidades de cuidado y atención, pero también inaugura un antes y un después en su biografía volviéndose un evento que reorganiza las identidades.

Entender el diagnóstico más allá de un acto clínico permite mirar los otros escenarios de los que forma parte, entendiendo que en este trabajo se

buscó mostrar que comunicar el diagnóstico no solo recae en el cuerpo médico al momento de compartirlo con el paciente. Esa actividad se comparte al momento en que es comunicada, volviéndose relacional, ya que el paciente comparte a sus redes de apoyo la noticia.

Considero que es importante reflexionar en las formas en que el cuerpo médico comunica el diagnóstico, en lo cual se reflejan distanciamientos al momento de dar la noticia lo que forma parte de

un habitus médico que tiene que ver con el modo que han sido formados para percibir, interpretar y actuar en el mundo de la salud. El diagnóstico se complejiza al cruzar los límites del escenario hospitalario dado que, comunicarlo no se inscribe desde un proceso lineal, más bien, se encuentra marcado por múltiples subjetividades, silencios u ocultamientos que pueden ser atravesados por afectos como la vergüenza y el miedo, encontrándose anclados por el fragmento corporal que está siendo participe en la trayectoria de los varones.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 19 – 49.
- Austin, L. (1981). *Cómo hacer cosas con palabras*. México: Paidós Estudio 22, 3 – 9.
- Fuentes, L. (2015). “La construcción sociocultural de la virilidad en varones con cáncer testicular”. [Tesis de maestría UNAM], México: TESIUNAM Digital, 14 – 27.
- Bourdieu, P. (2001). *¿Qué significa hablar?* Madrid: Ediciones AKAL, 63 – 96.
- Butler, J. (2002a). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursos del sexo*. México: Paidós, 17 – 95.
- Butler. (2004b). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis, 15 – 79.
- Connell, R. (2015). *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 30 – 125.
- Crispín, Y.; Gonzales, M. y Torres, J. (2023). “Testicular cancer mortality in Latin America and the Caribbean: trend analysis from 1997 to 2019”, *BioMed Central Cancer*, Vol. 23, Núm. 1038: 1 - 8.
- Cueva, M.; Mihalache, L. y Miranda, E. (2023). “Nivel de conocimiento del riesgo de cáncer testicular en varones jóvenes”, *Revista Finlay*, Vol. 13, Num. 3: 10 – 19.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI, 23 – 161.
- González, L.; Marañón, L.; Pereda, R.; Ramírez J.; Sánchez, W. y Carrasco, M. (2019). “Conocimiento en jóvenes universitarios sobre cáncer testicular”, *Revista CuidArte*, Vol. 8, Num. 16: 15 – 22.
- Good, B. (2003). *Medicina racionalidad y experiencia una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 24 – 62.
- Hinojosa, A. (2022). “Educación en autoexploración testicular para estudiantes del programa de Ingeniería en Biotecnología de la Universidad de Guanajuato”. [Proyecto de intervención para maestría Universidad de Guanajuato], Universidad de Guanajuato: 11 – 39.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. California: University of California Press, 1 – 119.
- López A.; Castellanos, E. Salazar, J. Velázquez, A.; Castro, M. y Méndez, E. (2024). “Nivel de Conocimientos sobre el Cáncer y Autoexploración Testi-

- cular en estudiantes de una Universidad Pública del Puerto de Veracruz”, *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, Vol. 9, Núm. 2: 31- 47.
- Mol, A. (2023). *El cuerpo múltiple. Ontología y práctica médica*. Barcelona: Bellaterra Edicions, 23 – 89.
- Seale, C. (1998). *Constructing death: The sociology of dying and bereavement*. Cambridge: University Press, 73 – 147.
- Torres, C.; Campillay, M. y Dubó, P. (2024). “Barreras y facilitadores de la atención en salud de personas con cáncer en una comuna del norte de Chile: reporte cualitativo”, *Enfermería, Cuidados Humanizados*, Vol. 13, Núm. 1: 2 – 16.
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Taurus, 13 – 101.
- Viveros, F. (2012). “La (re) significación de la(s) masculinidad(es) en las experiencias del cáncer genital”, [Tesis de maestría Colegio de México], Colegio de México: 58 - 75