



Salud Colectiva

enfoque decolonial y
emancipatorio. Tomo III

Donovan Casas Patiño
Juan Vicente III Quintana Adrián
Pedro Villasana
(Orgs.)

 Pedro & João
editores

**Salud Colectiva:
enfoque decolonial y emancipatorio**

Tomo III



Pedro & João
editores

PÁGINA LEGAL

Agradecemos el apoyo de la Universidad Autónoma del Estado de México -México-, a la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" -Venezuela-, a la Universidad de los Lagos -Chile-, a la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural [REDSACSIC] y al Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva, que nos han permitido ampliar los horizontes del conocimiento y su internacionalización.



Donovan Casas Patiño
Juan Vicente III Quintana Adrián
Pedro Villasana
(Organización)

Salud Colectiva:
enfoque decolonial y emancipatorio
Tomo III


Pedro & João
editores

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Donovan Casas Patiño; Juan Vicente III Quintana Adrián; Pedro Villasana [Orgs.]

Salud Colectiva: enfoque decolonial y emancipatorio. Tomo III. São Carlos: Pedro & João Editores, 2026. 377p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-2934-8 [Digital]

1. Autonomía relativa. 2. Calidad de vida. 3. Determinación social. 4. Enfermedad. 5. Envejecimiento. 6. Epidemiología crítica. 7. Políticas públicas en Salud. 8. Salud Mental. 9. Transformación en salud. I. Título.

CDD – 370

Capa: Marcos Della Porta

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB – 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editor: Valdemir Miotello

Diretores executivos: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2026

Prólogo	9
Israel Benito Torres	
<i>Entrenamiento de Habilidades en Terapia Dialéctica-Conductual (DBT): impacto en la salud colectiva</i>	17
Manuel Santos Garrido	
Déborah Escobar Barroso	
Yoliztli Márquez Mata	
William Alves de Oliveira	
Donovan Casas Patiño	
<i>Más allá de la visión biomédica: educación crítica, salutogénesis y mindfulness en la salud colectiva</i>	37
Fernando Hidalgo Ramírez	
Donovan Casas Patiño	
Georgina Contreras Landgrave	
Alejandra Rodríguez Torres	
<i>Política pública y medicina tradicional: el papel de la acupuntura en la ampliación de los servicios de salud en México</i>	65
Miguel Alberto Gutiérrez Nava	
Rosa Estela López Gómez	
Angélica Castañeda Duarte	
Ángel de la Cruz Bustos	
Donovan Casas Patiño	
<i>Entre a precarização e as múltiplas vulnerabilidades: a luta por saúde coletiva em uma cooperativa de reciclagem</i>	87
Debora Lorena dos Santos Silva	
Gabriely Bontempo de Oliveira	
Luciano Rodrigues Ferreira Filho	

Desde la Salud Pública a la Salud Colectiva en Oaxaca, México: Aportes para la implementación de políticas públicas integrales en salud, para el periodo 2025-2028 **103**

Erick Azamar Cruz.
María Beatriz del Valle Taboada.
Donovan Casas Patiño
Alejandra Rodríguez Torres
Luis Enrique Hernández Gamundi

Avaliação da qualidade de vida da população afetada pela mineração urbana em Gaceió, Brasil **137**

Diego Freitas Rodrigues
Juliana Matos Ferreira Bernardo
Arthur Henrique de Gusmão Silva
Olívia Nathália Paulino Beserra

Entre la carga académica y el bienestar: estilo de vida, efectos en la salud y estrategias propuestas por estudiantes universitarios **161**

Maricela Carmona González
Alejandra Rodríguez Torres
Angelica Heredia Sánchez
José Martín Reyes Pérez

Fundamentos y prácticas transformadoras en la formulación de políticas públicas en Salud **185**

Luisana Melo Solórzano
Mary Reina Ramos Rodríguez

Gestión integral de centros asistenciales desde la salud colectiva: herramientas estratégicas, liderazgo transformador y participación comunitaria **213**

Juan Vicente III Quintana Adrián
Gregorio L. Sánchez Salame
José Gregorio Rivas Naar
Donovan Casas Patiño

<i>Propuesta de Política Pública en Salud para una integración efectiva de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Oaxaca</i>	239
Erick Azamar Cruz	
Donovan Casas Patiño	
Alejandra Rodríguez Torres	
José Martin Reyes Pérez	
<i>Hacia una política pública con enfoque en salud colectiva para prevenir el suicidio en la vejez rural</i>	259
Isaí Arturo Medina Fernández	
Donovan Casas Patiño	
Alejandra Rodríguez Torres	
Josué Arturo Medina Fernández	
<i>Teoría crítica y praxis situada: diálogos, tensiones y síntesis en la construcción colectiva de políticas públicas desde una experiencia formativa posdoctoral</i>	273
Juan Vicente III Quintana Adrián	
Donovan Casas Patiño	
Alejandra Rodríguez Torres	
<i>Propuesta de la "Teoría de la colectivización del cuidado" en la nueva enfermería en salud colectiva</i>	301
Josué Arturo Medina Fernández	
Isaí Arturo Medina Fernández	
Donovan Casas Patiño	
Alejandra Rodríguez Torres	
<i>Cuidar en colectivo: consideraciones teóricas epistémicas a partir de una experiencia de extensión universitaria para la promoción y prevención del cáncer de mama</i>	321
Leila M. Passerino	
Alejandra Rodríguez Torres	

Saberes que Andan el Territorio: De la Escuela 353
Venezolana de Medicina Social a la Praxis
Transformadora de los Nuevos Especialistas Clínicos.

Emmanuel J. Tovar H.

Juan Vicente III Quintana Adrián

Pedro R. Alcalá A.

Yelitza A. Ledezma V.

Donovan Casas Patiño

PRÓLOGO

La Salud Colectiva se presenta en este Tomo III como un paradigma transgresor que desafía el modelo biomédico hegemónico, ampliando las voces de comunidades marginadas y proponiendo acciones transformadoras.

La Salud Colectiva surge no como una mera disciplina académica, sino como un acto de resistencia intelectual y política que cuestiona las narrativas dominantes de la salud reducida a indicadores cuantitativos o intervenciones técnicas.

En este tercer tomo, inspirados en una diversidad científica rizomática y transdisciplinaria, se priorizan las contradicciones vivas de la reproducción social, la determinación social de la enfermedad y el metabolismo sociedad-naturaleza.

Este volumen amplifica voces silenciadas, invitando a lectores, gestores y comunidades a convertir el análisis en acción detonadora de políticas públicas equitativas.

A lo largo de estas páginas, cada capítulo se describe no aislado, sino como eslabón en una cadena emancipadora, dando paso al siguiente para tejer una *praxis* colectiva integral.

El primer capítulo, “Entrenamiento de Habilidades en Terapia Dialéctica-Conductual DBT: Impacto en la Salud Colectiva” de Manuel Santos Garrido y colaboradores, se inicia esta travesía explorando cómo la DBT trasciende el individuo para fortalecer la resiliencia comunitaria. Lo que evidencia que las habilidades psicosociales de DBT mejoran la cohesión social, previniendo crisis mentales en escuelas y barrios mediante redes de apoyo.

Este enfoque no reduce trastornos mentales, sino que pavimenta el camino hacia alternativas paradigmáticas, cuestionando el reduccionismo biomédico que ignora contextos colectivos. Así, fluye naturalmente hacia el siguiente capítulo, que profundiza en marcos alternativos para una salud emancipada.

“Más Allá de la Visión Biomédica: Educación Crítica, Salutogénesis y Mindfulness en la Salud Colectiva”, por Fernando Hidalgo Ramírez y colaboradores, proponen una síntesis de Paulo Freire, Aaron Antonovsky y prácticas *mindful* para desplazar la mirada del déficit a los activos protectores. La educación crítica forma sujetos transformadores, la salutogénesis fortalece el Sentido de Coherencia (SOC), y el mindfulness reduce estrés con evidencia en intervenciones comunitarias, convergiendo en una *praxis* que potencia capacidades locales contra la hegemonía biomédica.

Esta convergencia intercultural invita a integrar saberes ancestrales en políticas públicas, conectando directamente con el rol de la medicina tradicional en la ampliación de servicios, tema del capítulo subsiguiente.

En “Política Pública y Medicina Tradicional: El Papel de la Acupuntura en la Ampliación de los Servicios de Salud en México”, Miguel Alberto Gutiérrez Nava y colaboradores, analizan cómo la acupuntura, como política pública, extiende cobertura y calidad, fortaleciendo la salud colectiva mediante integración de prácticas ancestrales. Este enfoque cumple objetivos de equidad al abordar problemas variados de la población mexicana, superando fragmentaciones del sistema.

Desde esta integración intercultural, el capítulo transita hacia vulnerabilidades laborales en contextos precarios, como cooperativas de reciclaje en Brasil, resaltando luchas colectivas por dignidad.

“Entre a Precarização e as Múltiplas Vulnerabilidades: A Luta por Saúde Coletiva em uma Cooperativa de Reciclagem”, de Debora Lorena dos Santos Silva y colaboradores, examinan el envejecimiento en Brasil desde una crítica al biomédico, valorando dignidad, derechos y participación popular. Identifica desafíos como violencia, abandono y enfermedades crónicas, proponiendo trabajo multiprofesional intersectorial con saberes comunitarios para un cuidado ampliado, afectivo y social.

Esta visión del cuidado digno en la vejez conecta con transiciones paradigmáticas en Oaxaca, donde la Salud Colectiva informa políticas integrales.

“Desde la Salud Pública a la Salud Colectiva en Oaxaca, México: Aportes para la Implementación de Políticas Públicas Integrales en Salud, para el Período 2025-2028”, por Erick Azamar Cruz y colaboradores, analizan la transición al IMSS-Bienestar, enfatizando determinantes sociales como pobreza y cultura. Propone atención primaria con medicina tradicional, coordinación y participación comunitaria para reducir brechas en redes de salud.

Este énfasis en impactos ambientales post-desastres lleva al examen de calidad de vida en Maceió, Brasil, afectado por minería urbana.

“Avaliação da qualidade de vida da população afetada pela mineração urbana em Maceió, Brasil”, de Diego Freitas Rodrigues y colaboradores, evalúan con WHOQOL-BREF el impacto de desastres por extracción de sal-gema en Braskem, revelando percepciones negativas en dominios físico, psicológico y ambiental, agravadas por juventud, baja renta y uso de salud pública. Contribuye a visibilizar víctimas y urge estudios comparativos.

De desastres ambientales a cargas académicas juveniles, el flujo continúa con estilos de vida precarios en universitarios.

“Entre la Carga Académica y el Bienestar: Estilo de Vida, Efectos en la Salud y Estrategias Propuestas por Estudiantes Universitarios”, de Maricela Carmona González y colaboradores, identifican riesgos como sedentarismo, mala alimentación y estrés en la transición adulta, proponiendo estrategias comunitarias para prevenir enfermedades crónicas mediante hábitos saludables.

Esta *praxis* transformadora en estilos de vida fundamenta la formulación de políticas emancipadoras en América Latina.

“Fundamentos y Prácticas Transformadoras en la Formulación de Políticas Públicas en Salud”, por Luisana Melo Solórzano y colaboradores, critican legados coloniales y neoliberales, destacando modelos como Barrio Adentro (Venezuela) y SAFCI (Bolivia) para

equidad intercultural e integralidad. Propone consejos indígenas y filtros éticos contra mercantilización.

De políticas a gestión integral, se enlaza con liderazgo en centros asistenciales venezolanos.

“Gestión Integral de Centros Asistenciales desde la Salud Colectiva: Herramientas Estratégicas, Liderazgo Transformador y Participación Comunitaria”, de Juan Vicente III Quintana Adrián y colaboradores, reconceptualizan la gestión en Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), integrando epidemiología crítica de Breilh, hologramática de Morin y cogobierno para superar hospitalocentrismo.

Esta gestión territorial fortalece redes integradas, tema central en Oaxaca para 2025-2030.

“Propuesta de Política Pública en Salud para una Integración Efectiva de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Oaxaca”, por Erick Azamar Cruz y colaboradores, abordan limitaciones de las 42 RISS desde planes nacionales, proponiendo gobernanza, diagnóstico territorial y participación para atención primaria universal vía IMSS-Bienestar.

De redes generales a prevención específica de suicidio en vejez rural.

“Hacia una Política Pública con Enfoque en Salud Colectiva para Prevenir el Suicidio en la Vejez Rural”, de Isa Arturo Medina Fernández y colaboradores, comprenden el suicidio como determinación social en contextos de aislamiento y desigualdad, proponiendo agentes comunitarios, telemedicina y redes interculturales para envejecimiento digno.

Esta prevención dialógica se enriquece con formación posdoctoral crítica.

“Teoría Crítica y *Praxis* Situada: Diálogos, Tensiones y Síntesis en la Construcción Colectiva de Políticas Públicas desde una Experiencia Formativa Posdoctoral”, de Juan Vicente III Quintana Adrián y colaboradores, presentan una cartografía de conceptos latinoamericanos sobre envejecimiento, interculturalidad y

soberanía, articulando macroestructuras neoliberales con *micropraxis* para formación emancipadora.

De diálogos teóricos a colectivización del cuidado en enfermería.

“Propuesta de la Teoría de la Colectivización del Cuidado en la Nueva Enfermería en Salud Colectiva”, de Josué Arturo Medina Fernández y colaboradores, redefinen el cuidado como relacional e intersectorial, con enfermería como articuladora de redes comunitarias contra desigualdades.

Aunado a lo anterior, esta teoría de *praxis* en extensiones universitarias contra cáncer de mama, nos muestran como el cuidado se convierte en praxis.

“Cuidar en Colectivo: Consideraciones Teóricas Epistémicas a partir de una Experiencia de Extensión Universitaria para la Promoción y Prevención del Cáncer de Mama”, de Leila M. Passerino y colaboradora, integran determinaciones sociales en Argentina, superando mamografías con participación interseccional para equidad en prevención.

Finalmente, para cierre de este gran libro, encontramos la propuesta desde Venezuela del rompimiento de modelo biomédico curativo hacia la transición de una ventana epistémica contestataria.

“Saberes que Andan el Territorio: De la Escuela Venezolana de Medicina Social a la Praxis Transformadora de los Nuevos Especialistas Clínicos”. Emmanuel Tovar y colaboradores, sistematizan la experiencia formativa en Salud Colectiva, para el rompimiento del modelo médico hegemónico, proponiendo una ruptura epistemológica para formar especialistas como actores político-éticos capaces de incidir en los determinantes sociales de la salud.

Como hemos notado, la salud colectiva ocurre como un campo transgresor que desafía el paradigma biomédico hegemónico, donde se propone una visión heterológica que valora los saberes alternativos y las experiencias de las comunidades marginadas para transformar las estructuras de poder en salud.

Por tanto, este tomo se presenta no como un mero compendio de estudios, sino como un acto de resistencia intelectual y política que amplifica las voces silenciadas por los desastres ambientales, las desigualdades estructurales y las lógicas mercantiles de la salud.

La diversidad científica-rizomática-transdisciplinaria, adoptamos aquí una postura meramente heterológica: en donde se cuestionan las narrativas dominantes que reducen la salud a meros indicadores cuantitativos o intervenciones técnicas, para priorizar en cambio las contradicciones vivas de la reproducción social, la determinación social de la enfermedad y el metabolismo sociedad-naturaleza.

Esta transgresión no es abstracta; se materializa en los trabajos que componen este volumen, donde la Salud Colectiva se erige como *praxis* emancipadora.

En los temas recurrentes de este libro observamos problemáticas como la calidad de vida afectada por violencias ambientales, el suicidio en adultos mayores, los estilos de vida precarios en poblaciones jóvenes, la gestión integral con participación comunitaria, nos revelan un patrón común y devastador: la necesidad de descolonizar el cuidado para construir equidad como justicia social.

Invitamos a los lectores, gestores y comunidades a habitar esta heterología viva, convirtiendo el análisis en acción.

Que este prólogo no sea cierre, sino detonador de políticas públicas donde las víctimas de desastres, los estudiantes agobiados y los barrios marginados sean sujetos protagónicos de su salud.

En un mundo de ausencias sanitarias, hagamos visible la emergencia colectiva: por una Salud Colectiva verdaderamente transgresora y transformadora.

Israel Benito Torres



Israel Benito Torres

<https://orcid.org/0009-0007-4071-0153>

Licenciado en Enseñanza para la educación artística por parte del Centro Universitario de Arte. Autor de los libros *El placer de la Transgresión*, *Sueños lúcidos*, *Pierre Klossowski: La carne del espíritu*. Cursa la Licenciatura en Lengua y Literatura Hispánicas en la Universidad Autónoma del Estado de México.

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES EN TERAPIA DIALÉCTICA- CONDUCTUAL (DBT): IMPACTO EN LA SALUD COLECTIVA

*Manuel Santos Garrido
Déborah Escobar Barroso
Yoliztli Márquez Mata
William Alves de Oliveira
Donovan Casas Patiño*

RESUMEN

El entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) ha demostrado ser un enfoque efectivo en el tratamiento de diversos trastornos de salud mental, con beneficios que van más allá del individuo e impactan positivamente en la salud colectiva. Este capítulo trata de un ensayo crítico a partir de una revisión exhaustiva de la literatura científica, que incluye artículos de plataformas indexadas como PubMed y SciELO, así como libros clásicos del modelo DBT. Se identificó que los efectos positivos de la DBT sobre la salud colectiva son evidentes en la mejora de la resiliencia en las comunidades. La enseñanza de habilidades de vida puede facilitar procesos de recuperación a nivel social, fortaleciendo la red de apoyo y la cohesión comunitaria. Esto subraya la necesidad de llevar las intervenciones basadas en DBT a espacios comunitarios, escuelas y lugares de trabajo, donde la educación y capacitación en habilidades psicosociales pueden servir como prevención frente a crisis de salud mental. Se considera que aún queda un amplio camino por recorrer para maximizar el impacto de la DBT en la salud colectiva.

Palabras claves: entrenamiento de habilidades en DBT, salud colectiva, salud mental.

INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) se ha convertido en una herramienta fundamental para el tratamiento de diversos trastornos de salud mental. Linehan (1993) desarrolló la DBT como una intervención específica para el trastorno límite de la personalidad, pero su enfoque en la regulación emocional y las habilidades interpersonales ha llevado a su implementación en una variedad de contextos clínicos. “La DBT promueve un equilibrio entre la aceptación y el cambio, lo que permite a los individuos adquirir herramientas fundamentales para afrontar situaciones difíciles” (Linehan, 2014, p. 21). Este enfoque no solo beneficia a los individuos, sino que también tiene un impacto significativo en la salud colectiva.

Los beneficios del entrenamiento en habilidades de DBT se extienden más allá del ámbito individual, contribuyendo a la salud mental pública. Según un estudio de Keng, et al. (2011), las habilidades de *mindfulness* y regulación emocional que se enseñan en la DBT han demostrado ser efectivas para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa en poblaciones diversas. La mejora en la salud mental puede derivar en una disminución de la carga que representan los trastornos mentales para los sistemas de salud pública, lo que resalta la importancia de integrar estas habilidades en programas de intervención comunitaria.

Además, la práctica de habilidades de regulación emocional ha sido asociada a una mejora en la resiliencia colectiva, incrementando la capacidad de los individuos para adaptarse a situaciones adversas. “Las intervenciones que se centran en la enseñanza de habilidades para la vida pueden facilitar el proceso de recuperación y fortalecer el tejido social” (Perry, 2014, p. 145).

Al incorporar el entrenamiento en habilidades de DBT en iniciativas comunitarias y programas de salud pública, se puede observar un impacto positivo en la cohesión social y la reducción de

la estigmatización asociada con los trastornos mentales. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (2013), las intervenciones orientadas a la educación y la promoción de habilidades psicosociales son cruciales para mejorar la salud mental colectiva. Esto sugiere que el acceso a la DBT no solo beneficia a quienes la reciben directamente, sino que también tiene un efecto multiplicador en la salud pública.

Figura 1. Estructura e integración
Entrenamiento de Habilidades en Terapia Dialéctica-Conductual (DBT)
Integración de DBT para Impacto Social



El entrenamiento en habilidades de DBT es más que un enfoque terapéutico individual; es una estrategia que puede transformar la salud mental colectiva. Al empoderar a los individuos con habilidades prácticas para manejar sus emociones y relaciones, se fomenta un entorno social más saludable y resiliente. Dado el impacto positivo que la DBT puede tener en la salud mental pública, es esencial promover su implementación en diversas comunidades.

El entrenamiento en Terapia Dialéctica-Conductual constituye una intervención terapéutica sistemática que tiene como objetivo la optimización de habilidades emocionales, cognitivas y conductuales en poblaciones con patrones desadaptativos de regulación afectiva y control de impulsos.

Concebida por Marsha Linehan (1993) en respuesta a la alta prevalencia de conductas autodestructivas en individuos con trastorno límite de la personalidad (TLP), la DBT ha trascendido sus aplicaciones iniciales y se ha consolidado como un abordaje de eficacia empírica en el tratamiento de una gama diversa de psicopatologías, incluyendo el trastorno de estrés postraumático complejo, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por uso de sustancias (Linehan, 2015).

La combinación de estrategias cognitivo-conductuales con principios de aceptación y validación emocional hace del entrenamiento un modelo eficaz que actúa en beneficio de diferentes problemas emocionales. Esta integración de enfoques permite un abordaje holístico que va más allá de la mera modificación de conducta, fomentando una comprensión profunda de la experiencia emocional. Sin embargo, su aplicación no está exenta de desafíos. Se ha demostrado su eficacia a través de estudios clínicos rigurosos, con evidencia que respalda su efectividad en la reducción de la autolesión, el riesgo suicida y los episodios de desregulación emocional intensa (Panos, Jackson, Hasan & Panos, 2014). Se enfrenta a limitaciones en cuanto a la disponibilidad de terapeutas capacitados, la duración extensa del tratamiento y la necesidad de un compromiso activo por parte de los pacientes, lo que puede

dificultar su acceso para ciertas poblaciones (Swales, Heard & Williams, 2000).

A pesar de su eficacia empírica, críticos han señalado la necesidad de adaptar sus componentes para garantizar su aplicabilidad en contextos culturales diversos y en sistemas de salud con recursos limitados (Swales, Heard, Williams, 2000). El impacto del entrenamiento en DBT también se ha discutido en términos de su generalización a contextos distintos del clínico tradicional (Linehan et al., 2019). La investigación de Shelton ha explorado su aplicación en entornos escolares y penitenciarios, evidenciando mejoras en la regulación emocional y la reducción de conductas autolesivas en poblaciones vulnerables (Shelton, Kesten, Zhang, Trestman, 2011). No obstante, el éxito de la DBT en estos contextos depende de la adaptación del programa y la capacitación del personal encargado de su implementación (Koerner, 2012).

EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES EN DBT

El entrenamiento de habilidades ha sido objeto de múltiples investigaciones que avalan su eficacia en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y otras patologías asociadas. Estos estudios han demostrado mejoras significativas en la regulación emocional, reducción de conductas autolesivas, disminución de la ideación suicida y un incremento en la calidad de vida de los pacientes a largo plazo (Neacsiu, Bohus, Linehan, 2014). Asimismo, se ha evidenciado su impacto positivo en la reducción de la hospitalización psiquiátrica y en la mejora de la funcionalidad interpersonal y ocupacional de los pacientes que la reciben (Linehan et al., 2006). Eso permite observar un impacto significativo en la sociedad pues implica la disminución de hospitalizaciones y problemas diversos que impactan en la salud como son las adicciones y otros trastornos asociados a las adicciones (Mehlum et al., 2016). Además, la reducción de la carga sobre los sistemas de salud y justicia, junto con el aumento en la productividad y estabilidad social de los

pacientes tratados con DBT, ha demostrado ser un beneficio tangible para la sociedad en términos de costos y bienestar general (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2015).

La importancia de estas estrategias ha sido respaldada por diversos estudios. Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados encontró que la combinación de aceptación y cambio en la DBT conduce a mejoras significativas en la regulación emocional y la reducción de la impulsividad en comparación con tratamientos basados exclusivamente en la modificación cognitiva-conductual (Kliem et al., 2010). Otro estudio realizado con resonancia magnética funcional demostró que la práctica de *mindfulness* dentro de la DBT está asociada con una mayor actividad en áreas cerebrales implicadas en la regulación emocional, lo que sugiere un mecanismo neurobiológico que respalda la efectividad de estas estrategias (Goodman et al., 2014).

Un estudio de metaanálisis analizó 16 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 1,356 participantes, concluyendo que la DBT reduce significativamente las conductas autolesivas y mejora la regulación emocional en comparación con grupos control (Stoffers-Winterling et al., 2022). Estos hallazgos son consistentes con otra revisión sistemática que abarcó 12 estudios, confirmando la efectividad de la DBT en la disminución de síntomas emocionales y conductas impulsivas asociadas al TLP (Cristea et al., 2021).

Otro estudio ha indicado que el entrenamiento de habilidades en DBT es eficaz en la reducción del estrés percibido y en la modulación de respuestas fisiológicas asociadas a la desregulación emocional, tales como la hiperactivación autonómica (Feliu-Soler et al., 2014).

Un ensayo clínico multicéntrico con 500 participantes demostró que la DBT es más eficaz que el tratamiento estándar comunitario para reducir comportamientos suicidas, una característica central del TLP (Linehan et al., 2019). Este estudio también reportó mejoras sustanciales en la regulación emocional, evaluadas mediante escalas como la *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*. De igual

manera, se han reportado beneficios significativos en la reducción de la impulsividad y la mejora en la autoeficacia percibida (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010), lo que sugiere que la DBT no solo impacta en la disminución de conductas problemáticas, sino que también contribuye al fortalecimiento de habilidades personales que promueven la resiliencia.

La evidencia científica respalda la eficacia del entrenamiento en habilidades de DBT en la reducción de conductas autolesivas, ideación suicida y mejora de la regulación emocional en pacientes con TLP y otras patologías psiquiátricas. Este entrenamiento estructurado facilita el desarrollo de estrategias para la estabilidad emocional, el afrontamiento del estrés y la mejora de la toma de decisiones y relaciones interpersonales. Estudios como el de Linehan et al. (2006) han demostrado su efectividad en la disminución de la conducta suicida y la hospitalización, mientras que McMain et al. (2009) y Prada et al. (2014) destacaron su impacto positivo en la regulación emocional y la reducción de impulsividad. Además, el metaanálisis de Stoffers-Winterling et al. (2012) confirmó su eficacia en la reducción de síntomas emocionales. Su implementación no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también optimiza los recursos en los sistemas de salud (Linehan et al., 2019).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DBT Y SU IMPACTO EN LA SALUD COLECTIVA

Las habilidades proporcionadas por la DBT han mostrado eficacia en poblaciones más allá del TLP. Por ejemplo, estudios han evidenciado su utilidad en adolescentes con conductas autolesivas y en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, ampliando su aplicabilidad clínica (García Palacios et al., 2012; Navarro Haro et al., 2012). Asimismo, investigaciones recientes han sugerido que la DBT puede ser efectiva en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT), especialmente en poblaciones con historial de trauma complejo. Esta evidencia respalda la versatilidad del

enfoque y justifica su implementación en distintos entornos clínicos, incluyendo hospitales, comunidades terapéuticas y centros penitenciarios. (Harned, Korslund, & Linehan, 2014)

El entrenamiento en habilidades de la DBT es un componente clave que contribuye a la salud colectiva al mejorar la regulación emocional y la funcionalidad interpersonal en poblaciones vulnerables. A diferencia de otras intervenciones, este entrenamiento no solo reduce síntomas individuales, como la impulsividad y la inestabilidad emocional (Swales et al., 2012), sino que también fortalece habilidades aplicables a diversos contextos, favoreciendo la integración social y la autonomía de los pacientes (Neacsiu et al., 2014).

El entrenamiento en habilidades ha demostrado disminuir la necesidad de hospitalización psiquiátrica al dotar a los pacientes de estrategias efectivas para manejar crisis emocionales (McMain et al., 2018). Esto optimiza el uso de recursos sanitarios, reduciendo la demanda de servicios de emergencia y tratamiento intensivo. Se ha evidenciado que la implementación de DBT en entornos escolares y penitenciarios reduce las conductas autolesivas, la reincidencia delictiva y el acoso escolar (Shelton et al., 2011; Navarro Haro et al., 2012). Esto sugiere que el entrenamiento en habilidades no solo tiene beneficios individuales, sino que también promueve entornos más seguros y estables. La regulación emocional adquirida mediante el entrenamiento facilita la reinserción social y laboral de quienes antes enfrentaban dificultades para mantener relaciones interpersonales y estabilidad ocupacional. Esto favorece la cohesión social y disminuye las barreras de exclusión, impactando en la productividad y bienestar general de la sociedad. Su estructura modular permite adaptaciones a diversos contextos, desde hospitales hasta programas comunitarios, facilitando su aplicación en sistemas de salud con escasez de especialistas en salud mental (García Palacios et al., 2012).

PARA SER UN ENTRENADOR EN HABILIDADES DBT SE REQUIERE

Para enseñar y entrenar habilidades DBT, es esencial que el entrenador cumpla con diversos requisitos, entre los que destacan una comprensión total de los cuatro módulos, dominar las habilidades que enseñará y conocimientos básicos sobre los procesos de aprendizaje, todo ello alineado con los objetivos del modelo DBT.

Una de las habilidades clave que el entrenador debe desarrollar mediante la práctica, es una gran capacidad de observación sobre el repertorio de conductas del paciente, de modo que juntos puedan acordar las conductas meta. Una vez identificadas, será posible anticipar qué conductas deberán ser reforzadas, en el momento que ocurran. Es decir, cuando el paciente utilice habilidades como la observación y discriminación de emociones, pensamientos y sensaciones, sin recurrir a conductas de escape, aprenderá a ser un agente activo en la resolución de problemas, capaz de proponer soluciones y evaluar su propio progreso (Boggiano & Glagliesi, 2020).

Es muy común que un terapeuta se enfoque mayormente en las conductas problema, incluso a un nivel que le dificulta reconocer aquellas habilidades con las que ya cuenta el paciente que lo acercan a su meta. De acuerdo con Kohlenberg, es importante que el entrenador tenga una actitud optimista, asumir desde el inicio que el paciente tiene deseos de mejorar, y cuando lo haga, deberá reconocer sus avances. Es primordial establecer un punto de partida que implique determinar cuáles conductas, que ya forman parte del repertorio del paciente, son las que más se acercan a las conductas habilidosas que quiere adquirir (Tsai, et al., 2008)

Para ello, el dominio de *shaping* o moldeamiento, es fundamental; ya que es un proceso que refuerza una serie de conductas simples, que tiene como meta reforzar una conducta compleja. Para ello es necesario establecer de manera muy puntual una conducta meta, de manera que el entrenador logre identificar pequeños segmentos de ésta y pueda entrenar al paciente hasta que

logre la conducta meta de manera estable. Todo esto a la vez que se brinda *feedback* a lo largo del proceso. (Boggiano & Gagliesi, 2020).

Pero quizá lo más importante y lo que diferencia esta terapia de la TCC, es el aprendizaje de habilidades de validación, la estrategia más importante dentro de la aceptación. El entrenador debe tener la habilidad de comunicar al paciente que las emociones que experimenta a raíz de eventos adversos tienen sentido y son totalmente válidas. El entrenador deberá tratar al paciente como un igual, de forma que no se perciba a sí mismo como un trastorno, sino como una persona merecedora de respeto. (Korner, 2013).

AL RESPECTO, ALGUNOS AUTORES SEÑALAN LO SIGUIENTE:

Al tratar a pacientes crónicamente suicidas que padecen TLP, Marsha Linehan descubrió una importante carencia en los tratamientos cognitivos y conductuales estándar, los cuales se centraban casi exclusivamente en ayudar a los pacientes a cambiar sus pensamientos, sentimientos y conductas. Un tratamiento centrado exclusivamente en el cambio a menudo no era aceptable para estos pacientes, que a menudo se sentían invalidados y criticados y abandonan el tratamiento (Lynch et al., 2006, pág. 3).

Según Linehan (1993), los pacientes con desregulación emocional tienden a adoptar en su vida adulta las características del entorno invalidante en el que crecieron, como castigar la vulnerabilidad emocional y reforzar conductas poco habilidosas. En consecuencia, suelen invalidar sus propias emociones y las experiencias que surgen de estas, lo que los lleva a establecer objetivos poco realistas. Al enfrentar el fracaso, experimentan un malestar intenso.

El uso adecuado de la validación permite al entrenador ser consciente y sensible de lo difícil que es para el paciente llevar a cabo nuevas conductas y ganar confianza en sus propias capacidades. El paciente puede modelar una visión positiva de sí mismo y trabajar en su capacidad para aprender nuevas conductas a través de la

recompensa en lugar del castigo, pues solo así es factible avanzar hacia objetivos concretos paso a paso (Boggiano & Gagliesi, 2020; Lynch et al., 2006).

Por su parte, el entrenador necesita saber cuándo hacer uso del pensamiento dialéctico. Esta herramienta promueve la flexibilidad cognitiva en pacientes con pensamiento rígido. Es decir; permite a los pacientes integrar aspectos de la realidad que perciben como opuestas, lo que les ayuda a adquirir una visión más flexible de la vida. Cabe aclarar que la síntesis de dos ideas opuestas no implica negar ninguna de las dos, sino que las integra para lograr una comprensión más completa de la realidad (Linehan, 1993).

Otra herramienta fundamental que el entrenador debe dominar y saber enseñar es la atención plena, más conocida como *mindfulness*. Esta práctica tiene como objetivo general ayudar al paciente a conectar con su propia sabiduría interna y desarrollar conciencia de sus experiencias y emociones sin juicios. El papel del entrenador es guiar al paciente a activar la mente sabia (Boggiano & Gagliesi, 2020).

La práctica de *mindfulness* permite experimentar emociones sin recurrir a conductas de escape, lo que lleva al paciente a validar sus propias experiencias de manera consciente, pero compasiva. Esto no solo fortalece la regulación emocional, sino que también equilibra armoniosamente la aceptación y el cambio dentro de la terapia DBT. Sin embargo, esta práctica no solo beneficia al paciente, sino al propio facilitador, pues la capacidad de observar sin juicios todo aquello que acontece es fundamental para poder proponer soluciones y trabajar en conjunto con el paciente desde una visión más compasiva (Linehan, 1993).

Estas estrategias facilitan al paciente una exposición informal a sus propias respuestas válidas, le ayuda a adquirir respuestas más adaptativas y experimentar la atención plena como una práctica cotidiana. Todo ello reduce significativamente la activación emocional (Korner, 2013).

LA IMPORTANCIA DE IMPLEMENTAR LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS MEXICANAS

La salud mental es un área prioritaria dentro de las políticas públicas, especialmente en un contexto como el mexicano, donde las cifras de trastornos emocionales y conductas autolesivas han mostrado un incremento en los últimos años (Secretaría de Salud, 2022). La implementación de DBT en las políticas públicas de salud mental en México resulta fundamental debido a su eficacia comprobada en la reducción de conductas autodestructivas, intentos suicidas y hospitalizaciones psiquiátricas (Ponce de León et al., 2017).

Un estudio realizado en Santiago de Chile evidenció que los pacientes con TLP que recibieron DBT presentaron una reducción significativa en el número de intentos suicidas y hospitalizaciones, además de una mejora general en la regulación emocional y la calidad de vida (Ponce de León et al., 2017). Estos hallazgos destacan la utilidad de esta terapia en contextos de salud pública, donde la demanda de intervenciones efectivas es alta y los recursos son limitados.

En el contexto mexicano, la inclusión de la DBT en los programas de salud mental podría ofrecer una respuesta integral a la creciente prevalencia de trastornos emocionales. Datos recientes indican que, en México, los trastornos mentales afectan al menos al 17% de la población, con un aumento alarmante en la incidencia de depresión, ansiedad y conductas suicidas (Secretaría de Salud, 2022). Implementar la DBT permitiría no solo atender a personas con TLP, sino también a aquellos con trastornos comórbidos como la depresión, el trastorno de estrés postraumático y el abuso de sustancias (García Rodríguez & González Fernández, 2021). Esta amplitud de aplicaciones convierte a la DBT en una herramienta versátil para abordar diversos problemas de salud mental desde una perspectiva multidimensional e integral.

Además de su eficacia clínica, la DBT se destaca por su enfoque estructurado y su potencial para optimizar los recursos del sistema

de salud. Este modelo terapéutico se basa en una combinación de sesiones individuales, entrenamiento en habilidades grupales y apoyo telefónico, lo que permite ofrecer una atención integral y continua. La implementación de la DBT en políticas públicas facilitaría la estandarización de protocolos de atención, garantizando la calidad de los servicios y mejorando la capacidad de respuesta ante emergencias de salud mental. Asimismo, formar a profesionales en DBT fortalecería el sistema de atención psicológica, dotándolos de herramientas especializadas para abordar casos complejos de desregulación emocional (Linehan, 2015).

Un aspecto relevante de la DBT es su capacidad de adaptarse a diversos contextos socioculturales. En un país tan diverso como México, la flexibilidad de la DBT permite ajustarse a las necesidades específicas de diferentes poblaciones, incluyendo comunidades vulnerables y zonas con acceso limitado a servicios de salud mental. La incorporación de esta terapia en los programas públicos podría contribuir a reducir las brechas de acceso a la atención, garantizando que las personas con mayor riesgo reciban intervenciones efectivas y basadas en evidencia (García Rodríguez & González Fernández, 2021).

CONSIDERACIONES

El entrenamiento en habilidades de DBT representa un recurso valioso para mejorar no solo la salud mental individual, sino también la salud pública y colectiva. La promoción de programas que integren estas habilidades debe ser una prioridad para los responsables de políticas de salud, con el fin de crear un entorno social más saludable y resiliente. La colaboración entre diferentes sectores, incluyendo educación, salud y servicios comunitarios, será esencial para consolidar los beneficios de la DBT a nivel colectivo.

Integrar la Terapia Dialéctica Conductual en las políticas públicas mexicanas representa una estrategia prometedora para enfrentar los desafíos relacionados con la salud mental. Su eficacia

comprobada, junto con su enfoque estructurado y adaptable, la convierten en una herramienta idónea para atender las necesidades de una población diversa y con una creciente demanda de atención psicológica. La adopción de la DBT a nivel gubernamental no solo optimizaría los recursos del sistema de salud, sino que también mejoraría la calidad de vida de los pacientes, reduciendo las tasas de suicidio, autolesiones y otras conductas de riesgo. Por lo tanto, es imperativo que las autoridades sanitarias consideren la inclusión de la DBT como un componente esencial en las políticas públicas de salud mental en México.

Se sugiere realizar investigaciones adicionales que evalúen la eficacia de programas de intervención basados en DBT en diferentes contextos culturales y demográficos. Además, fomentar la capacitación de profesionales de la salud en técnicas de DBT y su integración en políticas de salud pública puede facilitar la implementación de estas habilidades a gran escala.

REFERENCIAS

- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2021). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 363–373. <https://doi.org/10.1001/jama.psychiatry.2020.4162>
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional* (1a ed.). La Plata: EDULP. <https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/DBT-BOGGIANO-Y-GAGLIESI.pdf>
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., Soler, J., & Soriano, J. (2014). Fisiopatología del trastorno límite de la personalidad: Avances recientes en

- neuroimagen y regulación emocional. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), 107–116.
- García Palacios, A., Navarro Haro, M. V., Guillén, V., Marco, H., & Botella, C. (2012). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 197–216
- García Rodríguez, O., & González Fernández, S. (2021). Eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual en el Trastorno Límite de Personalidad. Un metaanálisis de las dos últimas décadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 37-50. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23455>
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Koerner, K. (2013). *What must you know and do to get good outcomes with DBT? Behavior Therapy*, 44(2), 361-373. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.005>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.

- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2019). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). *Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations*. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459–480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Groholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.007>
- Navarro Haro, M. V., García Palacios, A., Guillén, V., Marco, H., & Botella, C. (2012). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 197–216.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kraemer, K. M., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40–51.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Mental health action plan 2013–2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223.

- Perry, B. D. (2014). Trauma-informed schools: A guide for educators. National Center for Trauma-Informed Care.
- Ponce de León, C. A., Brahm, C. M., Bustamante, F. V., Sabat, S. V., Labra, J. F. J., & Florenzano, R. U. (2017). Efectividad de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe en Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(4), 231-240. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272017000400231&script=sci_arttext
- Secretaría de Salud (2022). Informe sobre la situación de la salud mental en México. México: Secretaría de Salud.
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. L. (2011). Impact of a dialectical behavior therapy-corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(2), 105-113.
- Stoffers-Winterling, J., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2022). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, (5), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub3>
- Swales, M. A., Heard, H. L., & Williams, J. M. G. (2000). Linehan's dialectical behaviour therapy (DBT) for borderline personality disorder: Overview and adaptation. *Journal of Mental Health*, 9(1), 7-23.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2008). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behavior*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>



Manuel Santos Garrido

<https://orcid.org/0009-0003-7057-5379>

Manuel Santos. Estudiante de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Intercontinental. Cuenta con formación teórico-práctica en enfoques contemporáneos de la psicología clínica y conductual, incluyendo el Modelo de Activación Conductual, Terapia Dialéctica Conductual (DBT), análisis funcional de la conducta y evaluación conductual. Ha participado en capacitaciones especializadas en primeros auxilios psicológicos y tratamiento del tabaquismo desde modelos basados en evidencia, como el del INER y programas multidimensionales. Se ha desempeñado en el Centro de Atención e Investigación en Medicina Conductual, donde ha colaborado en actividades de investigación, trabajo clínico, logística y elaboración de reportes. Asimismo, ha participado en el diseño e implementación de talleres y capacitaciones en temas como primeros auxilios psicológicos, evaluación conductual, formato APA y divulgación científica.

En el ámbito cuenta con una publicación relacionada con la regulación emocional. Su perfil se caracteriza por habilidades en liderazgo, resolución de problemas, trabajo en equipo y pensamiento analítico, con un marcado interés en la investigación y la intervención clínica basada en evidencia.



Déborah Escobar Barroso

<https://orcid.org/0009-0003-5195-3485>

Licenciada en Derecho por la Universidad Intercontinental y psicóloga en formación en la misma institución. Cuenta con una sólida trayectoria interdisciplinaria orientada a la salud mental perinatal, siendo fundadora de Postparto SOS, iniciativa enfocada en el acompañamiento en salud mental durante el periodo perinatal, así como cofundadora y Secretaria General de la Asociación Mexicana de Salud Mental Perinatal, A.C. Es miembro

activo del Centro de Atención e Investigación en Medicina Conductual de la Universidad Intercontinental y forma parte de redes profesionales como la Red Latinoamericana de Salud Mental Perinatal. Su formación incluye diplomados especializados en psicología perinatal y en acompañamiento en duelo gestacional, neonatal y perinatal, además de diversas capacitaciones en modelos de intervención basados en evidencia, como Activación Conductual, Terapia Dialéctica Conductual (DBT), análisis funcional de la conducta, evaluación conductual, primeros auxilios psicológicos y tratamiento del tabaquismo. Su perfil se caracteriza por la integración de conocimientos jurídicos y psicológicos, con un enfoque centrado en el acompañamiento emocional, la intervención clínica y la promoción de la salud mental en mujeres y familias durante el embarazo, el posparto y procesos de duelo perinatal. Asimismo, destaca por su compromiso con la formación continua, el trabajo comunitario y la consolidación de redes de apoyo en el ámbito de la salud mental.



Yoliztli Márquez Mata

<https://orcid.org/0009-0006-2176-3797>

Profesional en Ciencias de la Comunicación y Periodismo por la Universidad del Valle de México, con formación en Psicología por la Universidad Intercontinental (en curso). Certificada como locutora profesional. Cuenta con amplia experiencia en la enseñanza del idioma inglés, destacándose como tutora freelance desde 2016, especializada en clases

personalizadas para niños y adultos, así como en capacitación empresarial enfocada en habilidades comunicativas, presentaciones y comprensión intercultural. Ha desarrollado su trayectoria en diversos ámbitos, incluyendo la supervisión de recursos humanos, la gestión de proyectos y la coordinación de relaciones internacionales, colaborando con instituciones como Cinvestav y empresas del sector privado. Asimismo, posee experiencia en locución y producción de contenido para medios como Televisa Radio, Radio Capital, IMER y AyTvs., participando en la creación de comerciales, cápsulas informativas y radionovelas.



William Alves de Oliveira

<https://orcid.org/0009-0005-4343-6458>

Doctorado en Educación; Programa de Maestría y Doctorado en Salud y Ambiente - UNIT/Brasil con movilidad en la Maestría en Sociología de la Salud en la UAEM/México y estancia de investigación en el Doctorado de Salud Pública de la Universidad de San Carlos/Guatemala y Universidad

Intercontinental. Especialista en Terapias Cognitivas y Conductuales por el Instituto Cognitivo/Brasil; formación en terapias de tercera generación y licenciado en psicología por la universidad UNIT/Brasil. Director del Centro de Atención e Investigación en Medicina Conductual y Coordinador de Investigación e Intervención en Salud - UIC/México. Miembro de la Red de Investigadores en Salud Colectiva y Salud Intercultural - REDSACSIC. Miembro del Comité editorial de la Revista Intercontinental de Psicología y Educación - RIPSE. Miembro del Comité Científico - FISAC. Autor y coautor de publicaciones nacionales e internacionales y organizador del Congreso Online Internacional en Medicina Conductual y terapias Contextuales.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS). Posdoctor en Antropología Social (BUAP). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico "Nutrición, Educación y Salud Colectiva" UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.

MÁS ALLÁ DE LA VISIÓN BIOMÉDICA: EDUCACIÓN CRÍTICA, SALUTOGÉNESIS Y MINDFULNESS EN LA SALUD COLECTIVA

*Fernando Hidalgo Ramírez
Donovan Casas Patiño
Georgina Contreras Landgrave
Alejandra Rodríguez Torres*

RESUMEN

Este capítulo examina críticamente las limitaciones del modelo biomédico y de la visión biosocial, proponiendo marcos alternativos para comprender y promover la salud en clave colectiva. Se presentan los aportes de la educación crítica de Paulo Freire, la salutogénesis de Aaron Antonovsky y el mindfulness como activo de salud. Con base en la integración de aportes de la literatura científica y perspectivas críticas, se argumenta que estas aproximaciones, lejos de ser excluyentes, convergen en un paradigma orientado a la emancipación y al fortalecimiento de recursos protectores. La educación crítica enfatiza la construcción de sujetos transformadores; la salutogénesis desplaza la mirada del déficit a los activos y al Sentido de Coherencia (SOC); el mindfulness aporta evidencia empírica en la reducción de depresión, ansiedad y estrés, con potencial en intervenciones comunitarias y educativas. La síntesis de estos marcos permite avanzar hacia una salud colectiva que reconoce la pluralidad de experiencias, potencia las capacidades locales y apuesta por una *praxis* transformadora. Este enfoque se presenta como una alternativa frente a la hegemonía biomédica, con implicaciones tanto para la investigación como para las políticas públicas y la práctica profesional.

Palabras clave: salud colectiva, educación crítica, salutogenesis, mindfulness, activos de salud, emancipación

INTRODUCCIÓN

CONTEXTO DEL PROBLEMA

La construcción de la salud como campo de conocimiento e intervención ha estado históricamente dominada por la visión biomédica, que reduce el proceso salud-enfermedad a lo biológico y entiende el cuerpo como una maquina susceptible de fallas, invisibilizando sus dimensiones históricas, sociales y culturales (Cabral et al., 2024). Este paradigma, consolidado con el modelo flexneriano en el siglo XX, privilegió un enfoque hospitalocéntrico, curativo y fragmentado, donde la enfermedad se convirtió en objeto central y el paciente en sujeto pasivo, subordinado a una práctica asistencialista y vertical (Silva et al., 2016).

En paralelo, la biomedicina se consolidó como un dispositivo de poder y control social, administrando los cuerpos en función de la producción capitalista y legitimando prácticas como la eugenesia, la higienización urbana y la medicalización del sufrimiento laboral (Castro, 2009). En la psicología del trabajo, por ejemplo, se ha documentado cómo el dolor y el malestar de los trabajadores fueron transformados en diagnósticos de enfermedad para disciplinar la fuerza del trabajo y reducir al sujeto a un paciente carente de voz (Ramos, 2009). Este proceso revela que toda concepción de salud está atravesada por condiciones históricas y sociales, y que la hegemonía biomédica opera también como ideología de dominación.

El enfoque biosocial surgió como un intento de ampliar la mirada, incorporando determinantes sociales en la explicación del proceso salud-información. Sin embargo, a pesar de representar un avance frente al reduccionismo biologicista, en muchos casos se ha limitado a describir factores lineales y fragmentados, sin alcanzar un horizonte transformador ni cuestionar las estructuras de poder que sostienen las inequidades en salud (Harris & McDade, 2018a).

A ello, se suma la expansión de la medicalización contemporánea, particularmente en el campo de la salud mental.

La búsqueda de alivio inmediato y la cultura de la gratificación instantánea han derivado en un consumo desmedido de psicofármacos, frecuentemente prescritos de manera simplificada y sin acompañamiento psicoterapéutico. Este fenómeno, exacerbado durante la pandemia de COVID-19, refleja las lógicas neoliberales que priorizan la productividad económica sobre el bienestar integral (Hidalgo et al., 2024). De esta manera, la biomedicina no solo patologiza experiencias cotidianas de malestar (estrés, insomnio, ansiedad, depresión, fatiga), sino que también convierte al cuerpo y la mente en objetos de consumo y control.

Frente a estas limitaciones, surgen propuestas que buscan superar lo hegemónico. La salutogénesis, introducida por Antonovsky, desplaza la atención desde la enfermedad hacia la promoción de la salud, resaltando los activos, recursos y capacidades que permiten mantener el bienestar. El concepto de sentido de coherencia, comprensibilidad, manejabilidad y significancia. Explica por qué algunas personas logran sostener la salud incluso en contextos adversos, situando en el centro la resiliencia y la agencia de los sujetos y comunidades (Deshmukh et al., 2024). Este paradigma resulta clave para articularse con la salud colectiva, que propone un giro epistemológico y político orientado a comprender la salud como proceso histórico y social, y a generar prácticas transformadoras que devuelvan a los pueblos la capacidad de protagonizar su propio bienestar.

NECESIDAD DE UN MARCO ALTERNATIVO

Las limitaciones de los modelos biomédicos y biosociales, que explican el proceso salud-enfermedad, evidencian la urgencia de marcos teóricos que trasciendan lo reduccionista y lo descriptivo. La salud colectiva demanda perspectivas capaces de cuestionar las estructuras de poder que sostienen las inequidades, las cuales fortalecen, a su vez, los recursos de las comunidades y los sujetos para protagonizar su bienestar.

En este sentido, resultan especialmente relevantes los aportes de la pedagogía crítica de Paulo Freire, quien propone un proceso educativo dialógico y emancipador (Verdeja, 2020). En la salutogénesis de Aaron Antonovsky, desplaza la atención de la enfermedad hacia los activos de salud mediante el concepto de sentido de coherencia: así como la práctica contemporánea del *mindfulness*, entendida aquí como un activo salutogénico capaz de potenciar la autorregulación, la resiliencia y el autocuidado (Deshmukh et al., 2024). Estos enfoques, cuyos desarrollos se presentarán más adelante, convergen en una mirada contrahegemónica que privilegia el diálogo, los recursos y la participación colectiva frente a la lógica asistencialista y medicalizadora de los modelos tradicionales.

Finalmente, desde el plano epistemológico, el construccionismo social aporta un refuerzo al señalar que el conocimiento no es neutro ni universal, sino que se construye históricamente a través del lenguaje, las interacciones y las prácticas culturales. Esta perspectiva, aunque más vinculada a las ciencias sociales, converge con la pedagogía crítica y la salutogénesis en la necesidad de reconocer la pluralidad de realidades que configuran la experiencia de salud (Rees et al., 2020).

PROPÓSITO Y ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

El presente capítulo tiene como propósito examinar críticamente las limitaciones de los enfoques biomédicos y biosocial en la comprensión del proceso salud-enfermedad y proponer un marco alternativo que recupere la centralidad de los sujetos y comunidades en la construcción de su bienestar. Para ello, se plantean como ejes analíticos: la educación crítica de Paulo Freire; la teoría de la salutogénesis de Aaron Antonovsky; y la práctica del *mindfulness*, entendida como activo de salud. Estos permiten visibilizar los recursos, la agencia y las potencialidades que pueden

desplegarse en contexto comunitarios más allá de la medicación y el asistencialismo.

El capítulo se organiza en cinco apartados principales. En primer lugar, se presenta un análisis crítico de los modelos biomédicos y biosociales, destacando sus alcances y limitaciones en el campo de la salud. En segundo lugar, se abordan los aportes de la pedagogía crítica de Paulo Freire, subrayando su relevancia para la construcción de procesos educativos dialógicos y emancipadores en salud colectiva. El tercer apartado se dedica a la teoría de la salutogénesis, enfatizando el concepto de sentido de coherencia como fundamento para comprender los recursos protectores y los activos de salud. Posteriormente, se desarrolla el *mindfulness* como ejemplo práctico de un activo salutogénico que, integrado en un marco educativo crítico, puede favorecer la promoción de la salud y el autocuidado comunitario. A manera de cierre, se sintetizan los aportes y se destaca la pertinencia de articular estas perspectivas en la construcción de alternativas críticas para la salud colectiva.

LA VISIÓN BIOSOCIAL: AVANCES Y LIMITACIONES

RECONOCIMIENTO DE DETERMINANTES SOCIALES

Un punto de referencia clave en la transición hacia una visión más amplia de la salud fue la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, que entendió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2025). Aunque, innovadora para su tiempo, esta formulación ha sido objeto de múltiples críticas. Por un lado, ha sido interpretada en clave utópica, como si la salud implicara alcanzar un estado de perfección o felicidad inalcanzable, lo que conduce a la medicalización de la vida cotidiana. Por otro, una lectura más fiel a su espíritu original la entiende en clave holística, como el reconocimiento de todas las dimensiones

constituidas de la salud sin exigir perfección (Schramme, 2023). Esta ambigüedad revela tanto la potencia como la fragilidad de la definición: abrió la puerta a la consideración de los determinantes sociales, pero al mismo tiempo mostró la necesidad de marcos conceptuales más claros y operativos que evitaran confundir la salud con un ideal totalizante.

En este contexto, el modelo biopsicosocial propuesto por George Engel en 1977 representó un avance fundamental al integrar factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión de la enfermedad y la salud. Esta propuesta superaba el reduccionismo biomédico al reconocer que las condiciones culturales, familiares y socioeconómicas influyen directamente en los procesos de salud-enfermedad (Sajid et al., 2021). Así, el enfoque biosocial no se limitó a identificar patologías, sino que amplió el horizonte explicativo hacia las dimensiones sociales y emocionales que condicionan la aparición y el manejo de las enfermedades.

La reciente investigación, ha fortalecido esta perspectiva. Mostrando que los determinantes sociales no solo actúan como contexto externo, sino que se inscriben en el cuerpo mediante mecanismos biológicos.

Estudios sobre epigenética y carga alostática (capacidad de un sistema para mantenerse en estado de equilibrio estable) han evidenciado cómo la pobreza, la discriminación o el estrés crónico, producen huellas fisiológicas duraderas con efectos acumulativos a lo largo del curso de vida y transmisibles. Incluso entre generaciones (Harris & McDade, 2018b; Horwitz et al., 2021). De esta manera, la salud no puede ser entendida sin atender a la interacción entre biología y biografía, donde la experiencia individual y colectiva se convierte en un componente central del bienestar.

El modelo biosocial también ha demostrado beneficios concretos en la atención clínica.

Al considerar factores psicosociales junto con los biológicos, se ha mejorado la comunicación médico-paciente; la adherencia a tratamientos; y la calidad de vida de personas con enfermedades

crónicas o terminales (Fava & Sonino, 2007). No obstante, estos avances conviven con importantes limitaciones en la práctica real.

A pesar de ser ampliamente aceptado en la teoría, la implementación clínica del modelo es deficiente: menos del 40% de los médicos indagan activamente en el estado psicosocial de sus pacientes y, aun en psiquiatría, este porcentaje no llega al 60% (Xiao et al., 2021).

Las razones de esta brecha son múltiples: la sobrecarga laboral y el *burnout* de los profesionales, la falta de tiempo, recursos, la ausencia de lineamientos claros y la prioridad de métricas biomédicas en los sistemas de salud.

En el ámbito educativo, los factores psicosociales suelen ocupar un lugar periférico en los currículos médicos, a pesar de que se estima que el 80% de los resultados en salud dependen de los determinantes sociales, mientras que solo un 20% se explica por la atención clínica (Taira & Hsieh, 2019). Esta contradicción pone en evidencia que el modelo biosocial sigue operando más como discurso complementario que como práctica transformadora en los sistemas de salud.

La visión biosocial significó un avance decisivo frente al reduccionismo biomédico al reconocer la centralidad de los determinantes sociales y emocionales en la salud. Sin embargo, sus aplicaciones prácticas han permanecido limitadas y en muchos casos, asistencialistas. Lo que dificulta su consolidación como verdadero paradigma alternativo.

RIESGO DE QUEDARSE EN UN MARCO DESCRIPTIVO

Aunque el modelo biosocial representó un giro conceptual importante frente al reduccionismo biomédico; múltiples autores coinciden en que su consolidación ha sido más retórica que práctica.

Treinta años después de la propuesta original de Engel, Fava y Sonino (2007) señalaron que, a pesar de la abundante evidencia sobre la influencia de factores psicosociales en la salud, el modelo

biomédico continúa siendo dominante en la organización de los sistemas de salud y en la distribución de recursos. La biología molecular sigue ocupando el centro de la atención médica, mientras que los determinantes sociales y psicológicos se reconocen de manera superficial y marginal.

El riesgo, advierten, es que el modelo biosocial quede reducido a un lenguaje políticamente correcto que legitima la investigación y el discurso, pero sin alterar la estructura de la práctica clínica ni las prioridades sanitarias.

En el campo de la psiquiatría, este dilema se ha hecho aún más evidente. Tripathi et al. (2019) documentan cómo los avances en neuroimagen, genómica y neuroquímica han reforzado la hegemonía de un paradigma biomédico “objetivo y verificable”, relegando los aspectos psicosociales a un segundo plano.

Si bien la epigenética y la investigación sobre los efectos del medio ambiente han demostrado la importancia del entorno social, el modelo biosocial carece todavía de un marco teórico consensuado que articule la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social. En este escenario, lo psicosocial corre el riesgo de ser percibido como especulativo u obsoleto, debilitando la aplicabilidad real del modelo y reforzando la lógica biomédica.

La vaguedad conceptual del modelo ha sido objeto de críticas. Williamson (2022) argumenta que el modelo biosocial, al no contar con un núcleo teórico sólido ni con criterios uniformes de aplicación, se ha convertido en un esquema demasiado amplio y flexible. Esto permite que distintos clínicos lo interpreten de maneras muy diversas, derivando en un eclecticismo que lo diluye en la práctica.

Con frecuencia, la “formulación biosocial” aparece como un anexo en la historia clínica subordinada al diagnóstico biomédico y a la prescripción farmacológica. Lo que reduce su potencial a una función meramente complementaria. En lugar de transformar la atención, se convierte en un marco descriptivo o ideal aspiracional, sin capacidad para modificar la realidad asistencial cotidiana.

Por otra parte Roberts (2023), lleva esta crítica más lejos al señalar que el modelo biosocial no solo corre riesgo de ser retórico, sino que además puede alimentar procesos de medicalización injustificada. Al carecer de herramientas científicas robustas para establecer relaciones causales, el modelo puede derivar en lo que el autor denomina un “discurso desviado”: la creación de nuevas categorías diagnósticas más por conveniencia conceptual que por evidencia empírica.

Ejemplos como el síndrome de intestino irritable, el síndrome de dolor temporomandibular o incluso la patologización del duelo ilustran cómo el modelo, en lugar de ampliar horizontes, puede terminar justificando la expansión del control médico sobre experiencias humanas comunes.

En este sentido, lo biosocial corre riesgo de legitimar más diagnósticos que transformaciones, quedando atrapado en la retórica de la integralidad sin incidir las estructuras que producen desigualdad y sufrimiento.

En conjunto, estas críticas muestran que el modelo biosocial, pese a su relevancia histórica y a los aportes empíricos que lo respaldan, enfrenta el riesgo permanente de quedarse en un plano descriptivo y asistencialista. Reconociendo factores sociales y psicológicos, pero rara vez logra articularlos en políticas públicas, currículos de formación o prácticas clínicas transformadoras. Su vaguedad conceptual y la falta de un marco operativo común han permitido que se adopte como discurso, pero no como *praxis*. El riesgo es que se reduzca a un marco descriptivo que enumera factores de riesgo sin cuestionar las estructuras que los generan. De ahí la necesidad de complementarlo con perspectivas críticas y emancipadoras, que permitan trascender la mera descripción para promover una *praxis* transformadora en el campo de la salud colectiva.

EDUCACIÓN CRÍTICA Y SALUD COLECTIVA: APORTES DE PAULO FREIRE

El tránsito del modelo biomédico al biosocial abrió la puerta a reconocer los determinantes sociales de la salud, pero no alcanzó a proponer una *praxis* transformadora. En este marco, la pedagogía crítica de Paulo Freire constituye una referencia fundamental para la salud colectiva, al concebir la educación como práctica de libertad, orientada al diálogo, la concientización y la acción transformadora. Propuesta no se limita a transmitir conocimientos, sino que busca formar sujetos críticos capaces de comprender las estructuras de opresión que condicionan la vida y la manera de actuar colectivamente para transformarlas.

PEDAGOGÍA DIALÓGICA Y EMANCIPADORA

Freire criticó lo que denominó “educación bancaria”, donde el educador deposita información en un alumno pasivo y en su lugar propuso una “educación problematizadora”, sustentada en el diálogo horizontal y en el reconocimiento de los saberes de los oprimidos. Como afirma en *Cartas a quien pretende enseñar*, “enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción” (Freire, 2010). Esta visión resulta clave para la educación en salud, pues gran parte de los programas tradicionales reproducen esquemas verticales de transmisión de mensajes biomédicos que reducen a las comunidades a receptoras pasivas de información.

En contraste, una pedagogía dialógica en salud se apoya en la construcción colectiva del saber, el respeto a los conocimientos populares y la problematización de las condiciones de vida que generan enfermedad.

Experiencias latinoamericanas como la Educación popular en Salud y la Vigilancia Popular en Salud, se inspiran directamente en Freire, entendiendo la educación como proceso emancipador donde

los profesionales de la salud se convierten en facilitadores del diálogo y no en depositarios de verdades (Arjona et al., 2024). Esta perspectiva rompe con la verticalidad asistencialista y abre espacios de co-labor donde las comunidades participan activamente en el análisis de sus problemas y en la construcción de alternativas viables.

Además, Freire enfatiza la necesidad de la concientización, entendida como la toma de conciencia crítica sobre la realidad opresora y la posibilidad de transformarla. En *Pedagogía de la esperanza*, sostiene que “*nadie lucha contra las condiciones adversas de la vida si no las percibe como tales*” (Freire, 2008).

En salud colectiva podemos entender esto como: la enfermedad y el sufrimiento no pueden ser reducidos a un problema individual, sino que deben reconocerse como productos de condiciones sociales, económicas y políticas que requieren acción transformadora.

CONSTRUCCIÓN DE SUJETOS CRÍTICOS Y AGENTES DE CAMBIO

El aporte central de Freire radica en que la educación no solo transmite información, sino que forma sujetos críticos y agentes de cambio. Desde su perspectiva, la *praxis*, reflexión y acción inseparables, permite que las comunidades pasen de ser objetos de intervención a protagonistas de su propio cuidado y transformación social. Como sostiene Freire, “*la verdadera generosidad está en luchar para que desaparezcan las causas que alimentan el falso amor*” (Freire, 2010), recordándonos que la práctica educativa debe atacar las raíces estructurales de la opresión.

Diversos artículos exponen cómo este enfoque se traduce en experiencias concretas en salud. De este modo Wyk (1999) señala que la educación en salud inspirada en Freire, debe ser un proceso de empoderamiento comunitario que transforme a los pacientes de receptores pasivos en sujetos activos capaces de tomar decisiones sobre su vida. De igual modo, Rocha et al. (2009) destacan la importancia de un cuidado crítico y creativo, donde la enfermería se

convierte en espacio de diálogo y emancipación y no solo en técnica de atención.

En Brasil, la política Nacional de Educación Popular en salud (PNEPS-SUS, 2013) institucionalizó principios freirianos en el sistema público de salud, reconociendo los saberes populares y fomentando el protagonismo ciudadano (Pedrosa, 2021).

El pensamiento freiriano también aporta categorías que enriquecen la *praxis* en salud, como la idea de *inédito viable*, entendida como la capacidad de imaginar y construir alternativas posibles frente a situaciones de opresión. Este concepto resulta fundamental para proyectos comunitarios de promoción de la salud, que requieren creatividad, esperanza crítica y organización colectiva. Como afirma Freire (2008) en *Pedagogía de la Esperanza*: “la esperanza es una necesidad ontológica”, pues sin ella no es posible sostener procesos de transformación social duraderos.

Los aportes de Paulo Freire a la salud colectiva residen en la construcción de procesos dialógicos, emancipadores y transformadores. Su pedagogía no solo critica los límites del modelo biomédico y biosocial, sino que propone una *praxis* donde los sujetos se reconocen como agentes de cambio capaces de intervenir en sus condiciones de vida. Este legado constituye un marco indispensable para repensar la promoción de la salud como un proceso político, pedagógico y comunitario orientado a la emancipación y la justicia social.

LA SALUTOGÉNESIS DE ANTONOVSKY: UN PARADIGMA ALTERNATIVO

El modelo biomédico hegemónico ha configurado durante décadas una forma de pensar la salud que se centra en la enfermedad, en el déficit y en el cuerpo fragmentado en órganos y diagnósticos. Este reduccionismo, aunque ha permitido importantes avances clínicos, resulta insuficiente para explicar cómo las personas y comunidades logran mantenerse saludables en medio de

adversidades económicas, sociales o culturales. En respuesta a esta limitación, Aaron Antonovsky planteó la teoría de la salutogénesis, un paradigma que desplaza la pregunta tradicional *¿Qué causa la enfermedad?* Hacia otra más emancipadora *¿Qué genera y sostiene la salud?* (Torres et al., 2015).

Antonovsky propuso que la salud no puede entenderse como una dicotomía entre estar sano o enfermo, sino como un *continuum dinámico* en el que todos los individuos se ubican y se desplazan constantemente a lo largo de la vida (Mittelmark et al., 2017, p.12). este cambio de mirada abre el horizonte para reconocer no solo factores de riesgo, sino también los recursos, capacidades y significados que permiten afrontar la vida con dignidad y bienestar.

SENTIDO DE COHERENCIA Y RECURSOS PROTECTORES

El concepto central de la salutogénesis es el Sentido de Coherencia (SOC). Definido como una orientación global que expresa la confianza en que los estímulos del entorno son comprensibles; que existen recursos para manejarlos y que la vida conserva un sentido que hace valioso comprometerse con ella (Mittelmark et al., 2017, p.13-14).

El SOC se compone de tres dimensiones:

- **Comprensibilidad:** la capacidad de percibir los acontecimientos de la vida como estructurados y predecibles.
- **Manejabilidad:** la confianza en contar con recursos para responder a las demandas
- **Significatividad:** la convicción de que los desafíos vitales merecen compromiso y esfuerzo.

Antonovsky subrayó que el SOC se construye a lo largo de la vida gracias a la interacción con los Recursos Generalizados de Resistencia (GRR), que incluyen el apoyo social, la identidad cultural, la seguridad económica, los saberes comunitarios y los

valores colectivos (Antonovsky, 1996). Estos recursos, lejos de ser secundarios, son los que permiten que el estrés no se convierta en enfermedad, sino en ocasión para el crecimiento.

Investigaciones posteriores muestran que un SOC elevado se asocia con mejor salud mental, menor desgaste físico y mayor resiliencia ante la adversidad, incluso en situaciones de sobrecarga, como en el caso de cuidadores familiares de personas dependientes (Dejo & Llanos, 2007). Además, la literatura reciente enfatiza que el SOC no es solo una característica individual, sino que puede ser construido colectivamente a través de entornos comunitarios participativos y redes de apoyo (Mittelmark et al., 2017).

En este sentido, factores y espiritualidades también juegan un papel central. Estudios han demostrado que la religión y la espiritualidad refuerzan la cohesión social y la percepción de propósito, fortaleciendo especialmente la dimensión de significatividad del SOC (Akerman et al., 2020). Por otro lado, investigaciones en contextos urbanos latinoamericanos han identificados activos como la motivación laboral, la integración familiar y la disposición al cambio, que funcionan como recursos protectores invisibilizados por la mirada biomédica, pero decisivos para el bienestar (Alba & Hernández, 2024).

ACTIVOS DE SALUD FRENTE AL DÉFICIT BIOMÉDICO

Si el SOC nos da la brújula, los activos de salud son el mapa. Frente a la visión biomédica, que define a las personas desde sus carencias y etiquetas diagnósticas, la salutogénesis propone identificar y potenciar los recursos ya presentes en la vida cotidiana. Estos activos pueden ser tangibles, como la infraestructura, los servicios accesibles y los recursos materiales; o intangibles como redes de apoyo, cohesión social, espiritualidad o creatividad (Fries, 2020).

Este enfoque conecta directamente con la Carta de Ottawa de 1986, que impulsó la promoción de la salud a partir del empoderamiento comunitario y la participación ciudadana (Hernán

et al., 2010; Organización Mundial de la Salud, 1986). De hecho, experiencias sobre mapeos de activos comunitarios, como la realizada en Medellín, han demostrado que la identificación de recursos invisibilizados como parques, colectivos culturales, organizaciones barriales, refuerzan el tejido social y potencia la acción en salud más allá del ámbito clínico (Molina et al., 2020).

La evidencia europea también es ilustrativa. En Aragón, España, los equipos de atención primaria implementaron protocolos de prescripción social, mediante los cuales los profesionales derivaban a los pacientes hacia recursos comunitarios: talleres culturales, asociaciones vecinales, actividades deportivas. Los resultados mostraron mejoras en la satisfacción de los usuarios y un aumento en la percepción de bienestar, confirmando que la salud se genera también fuera del consultorio médico (Pola-Garcia et al., 2022),

En América Latina, la crítica va más allá de lo asistencial. Los constructos médicos pueden convertirse en etiquetas que estigmatizan y reducen a las personas a sus limitaciones (Menéndez & Armas, 2019). Desde la óptica salutogénica, el reto es justamente el contrario: reconocer la diversidad funcional como parte de la riqueza humana y potenciar las capacidades y derechos en lugar de enfocarse solo en déficits (Mittelmark & Bauer, 2022).

Algunos autores han insistido en que este cambio de mirada no es neutro: implica una dimensión política. Identificar activos significa reconocer saberes, capacidades y vínculos que el sistema sanitario suele invisibilizar, pero que son esenciales para construir una salud más democrática y justa (Bonal et al., 2024; Pleyer et al., 2024).

La salutogénesis de Antonovsky ofrece un marco conceptual y práctico que desafía el paradigma biomédico, abriendo espacios a una visión de la salud como proceso dinámico, relacional y colectivo. El sentido de coherencia permite comprender cómo las personas y comunidades afrontan la vida desde la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad, mientras que la noción de activos de salud traslada la mirada de las carencias a las potencialidades.

En esta convergencia, la salud deja de ser un estado de ausencia de enfermedad para convertirse en una práctica social de dignidad y emancipación, profundamente vinculada con la educación crítica de Freire y con el horizonte de una salud colectiva que conoce a los sujetos como protagonistas de su propio bienestar.

MINDFULNESS COMO ACTIVO DE SALUD EN CLAVE SALUTOGÉNICA

El *mindfulness*, traducido comúnmente como *atención plena*, es una práctica que tiene sus raíces en tradiciones contemplativas orientales, especialmente en el budismo, pero que en las últimas décadas ha sido adaptada y validada en contextos clínicos y científicos (Singh, 2023; Vásquez, 2016). Su esencia consiste en cultivar la capacidad de prestar atención al momento presente, de manera intencional y sin juicios, reconociendo pensamientos, emociones y sensaciones corporales tal como surgen (Parra et al., 2012; Vallejo, 2006).

La traducción del *mindfulness* al ámbito de la salud moderna se debe en gran medida al trabajo de Jon Kabat-Zinn, quien en los años ochenta desarrolló el programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) en la Universidad de Massachusetts. Este modelo permitió trasladar la práctica a un lenguaje clínico y laico, desvinculado de connotaciones religiosas y consolidó un cuerpo de evidencia científica que respalda sus beneficios en múltiples condiciones físicas y psicológicas (Kabat-Zinn, 1990).

En este sentido, *mindfulness* puede ser entendido no solo como una técnica de meditación, sino como una forma de relacionarse con la experiencia que promueve la autorregulación, el afrontamiento saludable y el fortalecimiento del Sentido de Coherencia (SOC). bajo el paradigma de la salutogénesis, se concibe como un activo de salud que aporta recursos para enfrentar el estrés cotidiano y favorecer el bienestar individual y colectivo.

EVIDENCIA EMPÍRICA EN DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS

El desarrollo del Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) por Jon Kabat-Zinn en los años ochenta significó un punto de inflexión en la incorporación de prácticas contemplativas al ámbito científico. En su libro *Full Catastrophe Living*, Kabat-Zinn documentó cómo la atención plena reducía el dolor crónico y el estrés en pacientes hospitalarios, inaugurando un modelo de intervención secular, replicable y basado en la evidencia (Kabat-Zinn, 1990). Posteriormente, en la práctica de la atención plena, sistematizó herramientas cotidianas para la aplicación del *mindfulness* en la vida diaria, reforzando su potencial como activo de salud accesible (Kabat-Zinn, 2010).

Los resultados empíricos de las últimas décadas han corroborado este potencial. Una revisión narrativa amplia encontró que las intervenciones basadas en *mindfulness* disminuyen consistentemente síntomas de depresión, ansiedad y estrés, mejorando además la regulación emocional y la resiliencia (Shankland et al., 2021). De forma similar, otra revisión destacó que la práctica incrementa la satisfacción vital y la percepción de bienestar general, incluso más allá de la reducción sintomática (Priyanka & Sandeep, 2020).

En poblaciones específicas, los resultados también son consistentes. Un estudio en estudiantes universitarios demostró que la calidad del sueño y la práctica de *mindfulness* predicen significativamente menores niveles de depresión, ansiedad y estrés (Postans & Pidgeon, 2016). Otra investigación con estudiantes de posgrado en el país de la India confirmó que la práctica sistemática se asocia con reducción de estrés y aumento en atención plena (Maharana et al., 2023).

Asimismo, en cuidadores familiares, el *mindfulness* se ha vinculado con mejoras en afrontamiento y menor carga percibida. Se ha encontrado que, en trabajadores de la salud, los programas de entrenamiento han demostrado disminuir los niveles de *burnout* y

augmentar la empatía, favoreciendo tanto la salud de los profesionales como la calidad del cuidado (Camacho et al., 2018).

En conjunto, la evidencia muestra que *mindfulness* fortalece dimensiones centrales del SOC de Antonovsky: favorece la comprensibilidad (observación clara de la experiencia interna), la manejabilidad (regulación emocional y afrontamiento) y la significatividad (vivencia plena con propósito).

POTENCIAL EN INTERVENCIONES COMUNITARIAS

El *mindfulness* también posee un alto potencial como recurso comunitario. Desde la perspectiva salutogénica, se convierte en un activo de salud cuando deja de concebirse como práctica individual aislada y pasa a integrarse en espacios colectivos que refuercen la resiliencia y el bienestar compartido.

En América Latina, experiencias con cuidadores y comunidades vulnerables han demostrado que las prácticas de atención plena pueden integrarse a procesos de mapeo de activos comunitarios, reforzando recursos de autocuidado, cohesión social y redes de apoyo (Camacho et al., 2018). Estos resultados confirman que *mindfulness* puede insertarse en una lógica de salud colectiva, donde lo central es la activación de recursos ya presentes en la comunidad y no únicamente la gestión del déficit biomédico. Se ha señalado que el MBSR y otros programas basados en *mindfulness* son factibles y efectivos en contextos escolares, laborales y comunitarios, aunque con variaciones según el grado de adaptación cultural y el tipo de población (Priyanka & Sandeep, 2020)

La literatura subraya que el valor de estas intervenciones no se limita a la reducción del estrés. Su aporte principal reside en la capacidad de activar recursos colectivos, fortaleciendo el SOC comunitario, la confianza social y la capacidad de organizar respuestas locales frente a la adversidad (Shankland et al., 2021).

INTEGRACIÓN CON EDUCACIÓN CRÍTICA PARA PROCESOS DE EMANCIPACIÓN

El reto es que el *mindfulness* no sea reducido a una técnica de control del estrés para la productividad individual, sino que se integre en proyectos de educación crítica y salud colectiva. Al combinarlo con la pedagogía dialógica de concientización: ayuda a los sujetos a observar su experiencia interna, reconocer las condiciones sociales que producen sufrimiento y generar respuestas colectivas.

Desde la lectura crítica, autores advierten sobre los riesgos de la instrumentalización del *mindfulness* como *moda terapéutica* desvinculada de su potencial transformador (Jambrina, 2025). Sin embargo, insertado en clave salutogénica, el *mindfulness* puede recuperar su sentido emancipador; fortalecer la agencia individual y colectiva; promover comunidades más resilientes y contribuir a la construcción de una salud colectiva centrada en la dignidad; y la equidad.

CONCLUSIÓN

A lo largo de este capítulo hemos mostrado que la comprensión de la salud requiere superar las limitaciones del paradigma biomédico y los riesgos de un marco biosocial meramente descriptivo. La educación crítica de Paulo Freire, la salutogénesis de Antonovsky y la incorporación del *mindfulness* como activo de salud ofrecen claves complementarias para construir un enfoque de salud colectiva más justo, integral y emancipador.

En este tránsito, la pedagogía dialógica de Freire permite reconocer a los sujetos como protagonistas de su proceso de salud, la salutogénesis abre la posibilidad de orientar la mirada hacia los recursos protectores, el SOC y el *mindfulness* aportan herramientas prácticas que fortalecen la regulación emocional, el afrontamiento y la conciencia plena en contextos individuales y comunitarios.

Integradas estas perspectivas, configuran un marco transformador en el que la salud deja de ser entendida únicamente como ausencia de enfermedad para convertirse en un proceso social y político donde se amplía el horizonte epistemológico de la salud. Sino que también ofrece herramientas prácticas para su promoción en comunidades, instituciones educativas y servicios de atención.

En consecuencia, avanzar hacia una salud colectiva crítica y salutogénica implica apostar por la emancipación de los sujetos, la democratización del conocimiento y el fortalecimiento de activos comunitarios. Solo así será posible responder a los desafíos contemporáneos de salud mental y bienestar desde un horizonte más humano, inclusivo y transformador.

REFERENCIAS

- Akerman, M., Lima, M. R., Lima, S., Guerra, L. H., Afonso, da S. R., Pompei, S. D., & Aneiros, F. J. C. (2020). Religion as a protective factor for health. *Einstein (São Paulo)*, 18, 1–4. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5562
- Alba, L. A., & Hernández, F. J. (2024). La salutogénesis en comunidades urbanas y la promoción de la salud. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(3), 1–9. <https://doi.org/10.51422/ren.v22i3.434>
- Antonovsky, A. (1996). El modelo salutogénico como teoría para orientar la promoción de la salud. *PROMOCIÓN DE LA SALUD INTERNACIONAL*, 11(1), 11–19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arjona, F. B. S., Meneses, M. N., Cárcamo, M. I. C., Rocha, C. M. F., Dias, A. P., Machado, J. M. H., & Carneiro, F. F. (2024). The contribution of Paulo Freire's thought to Popular Health Surveillance. *Ciencia e Saude Coletiva*, 29(6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.12312023EN>

- Bonal, R. R., Bermúdez, R. I. M., & Ávalos, D. E. (2024). Otra mirada del análisis de la situación de salud desde el enfoque de activos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 50. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/26657>
- Cabral, X. I., Drazile, N., & Mendizábal, V. (2024). Saber del cuerpo, saber con el cuerpo: la comunicación de la salud desde una ética del cuidado. *Dixit*, 38, e3512. <https://doi.org/10.22235/d.v38.3512>
- Camacho, A. A., Anaya, C. F., Foà, C., & Consentino, C. (2018). Mapping Caregivers' Health Assets. A self-care project using Salutogenesis and Mindfulness. *Acta Biomed for Fealth Professions*, 89(7), 70–77. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7812>
- Castro, O. R. (2009). Capitalismo y medicina los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 4(7), 7–25. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/16250>
- Dejo, V. M., & Llanos, Z. R. (2007). Sentido de Coherencia, Afrontamiento y Sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 25(1), 64–71. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=79902507>
- Deshmukh, P. R., Solanki, R., & Bahurupi, Y. (2024). Embracing Salutogenesis in Public Health. In *Indian Journal of Community Health* (Vol. 36, Issue 6, pp. 755–757). Indian Association of Preventive and Social Medicine. <https://doi.org/10.47203/IJCH.2024.v36i06.001>
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2007). The biopsychosocial model thirty years later. In *Psychotherapy and Psychosomatics* (Vol. 77, Issue 1, pp. 1–2). <https://doi.org/10.1159/000110052>
- Freire, P. (2008). *Pedagogía de la esperanza* (Siglo Veintiuno Editores, Ed.).
- Freire, P. (2010). *Cartas a quien pretende enseñar* (Siglo Veintiuno Editores, Ed.; 2nd ed.).

- Fries, C. J. (2020). Healing Health Care: From Sick Care Towards Salutogenic Healing Systems. *Social Theory and Health*, 18(1), 16–32. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00103-2>
- Harris, K. M., & McDade, T. W. (2018a). The biosocial approach to human development, behavior, and health across the life course. *RSF*, 4(4), 2–26. <https://doi.org/10.7758/rsf.2018.4.4.01>
- Harris, K. M., & McDade, T. W. (2018b). The biosocial approach to human development, behavior, and health across the life course. In *RSF* (Vol. 4, Issue 4, pp. 2–26). Russell Sage Foundation. <https://doi.org/10.7758/rsf.2018.4.4.01>
- Hernán, M., Morgan, A., & Mena, Á. L. (2010). *Formación en salutogénesis y activos para la salud* (EASP, Vol. 51). <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Hidalgo, R. F., Contreras, L. G., Santos, M. A., & Flores, P. V. (2024). La línea fina entre aliviar y enmascarar: Reflexiones éticas en el uso de psicofármacos en salud mental. *Saluta*, 10. <https://doi.org/10.37594/saluta.v1i10.1399>
- Horwitz, R. I., Lobitz, G., Mawn, M., Conroy, A. H., Cullen, M. R., Sim, I., & Singer, B. H. (2021). Biosocial medicine: Biology, biography, and the tailored care of the patient. In *SSM - Population Health* (Vol. 15). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100863>
- Jambrina, J. (2025). Mindfulness ante la “policrisis”: promoción de la justicia social, la inclusión y la sostenibilidad. *Psicosomática y Psiquiatría*, 33, 40–53. <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrium330502>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Random House.
- Kabat-Zinn, J. (2010). *La práctica de la atención plena* (Editorial Kairós, Ed.; David González Raga, Trans.; 1st ed.). <https://www.>

academia.edu/30078951/La_practica_de_la_atencion_plena_jon_kabat_zinn

- Maharana, N., Goswami, R., & Behera, D. K. (2023). Impact of Mindfulness to Relieve Stress, Anxiety, and Depression among the University Students of Odisha. *International Journal of Multidisciplinary Approach Research and Science*, 1(03), 429–437. <https://doi.org/10.59653/ijmars.v1i03.206>
- Menéndez, O. F., & Armas, B. C. (2019). La discapacidad como falacia diagnóstica: constructos médicos y sociales. Identidad, cuerpo y estigma en las personas con discapacidad. *Norte de Salud Mental*, XVII(61), 22–34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7103212>
- Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2022). Salutogenesis as a Theory, as an Orientation and as the Sense of Coherence. In *The Handbook of Salutogenesis: Second Edition* (pp. 11–17). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_3
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., & Pelikan, J. M. (2017). *The Handbook of Salutogenesis* (B. Linstrom & E. G. Arild, Eds.). Springer. <https://doi.org/DOI10.1007/978-3-319-04600-6>
- Molina, B. J. C., Agudelo, S. A. A., & Martínez, H. E. (2020). Mapeo de activos comunitarios para la salud en un asentamiento informal de Medellín. *Elsevier*, 35(4), 333–338. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.012>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

- Parra, D. M., Montañés, R. J., Montañés, S. M., & Bartolomé, G. R. (2012). *Conociendo Mindfulness*. <http://revistas.uclm.es/index.php/ensayos-Consultadaenfecha>
- Pedrosa, J. I. D. S. (2021). The national policy of popular education in health in debate: (re) knowing knowledge and struggles for the production of collective health. *Interface: Communication, Health, Education*, 25, 1–15. <https://doi.org/10.1590/interface.200190>
- Pleyer, J. A., Pesliak, L. D., & McCall, T. (2024). Salutogenic Environmental Health Model—proposing an integrative and interdisciplinary lens on the genesis of health. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1445181>
- Pola-Garcia, M., Domínguez, G. M., Gasch-Gallén, Á., Lou, A. M. L., Enríquez, M. N., & Benedé, A. C. B. (2022). Implementation of a social prescribing protocol in Aragon’s primary care teams. *Atencion Primaria*, 54(12). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102496>
- Postans, A., & Pidgeon, A. (2016). Sleep Quality and Mindfulness as Predictors of Depression, Anxiety and Stress. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 6(2), 71–75. <https://doi.org/10.5923/j.ijpbs.20160602.06>
- Priyanka, & Sandeep, S. (2020). Mindfulness promotes health and wellbeing-a review. *The International Journal of Indian Psychology*, 8(1), 30–35. <https://doi.org/10.25215/0801.004>
- Ramos, C. (2009). Apontamentos sobre corpo e poder na dialetica entre saúde e doença. *Rev Neurocienc*, 17(1), 89–93. <https://doi.org/https://doi.org/10.34024/rnc.2009.v17.8611>
- Rees, C. E., Crampton, P. E. S., & Monrouxe, L. V. (2020). Re-visioning Academic Medicine through a Constructionist Lens. In *Academic Medicine* (Vol. 95, Issue 6, pp. 846–850). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003109>

- Roberts, A. (2023). The biopsychosocial model: Its use and abuse. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(3), 367–384. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10150-2>
- Rocha, C. N., Costa, R. I., De Fátima, da S. L., Macédo, M. A. R., & De Melo, F. A. V. (2009). Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de paulo freire para a enfermagem. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 35–40. <https://doi.org/DOI:10.4067/S0717-95532009000200005>
- Sajid, I., Ashiq, U., & Sajid, R. I. (2021). Paradigm Shifting From Bio-Medical to Bio-Psycho-Social and Role of Medical Social Work. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(5), 1047–1050. <https://doi.org/10.53350/pjmhs211551047>
- Schramme, T. (2023). Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. *Public Health Ethics*, 16(3), 210–218. <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>
- Shankland, R., Tessier, D., Strub, L., Gauchet, A., & Baeyens, C. (2021). Improving Mental Health and Well-Being through Informal Mindfulness Practices: An Intervention Study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 13(1), 63–83. <https://doi.org/10.1111/aphw.12216>
- Silva, E. D. S., Lins, G. A., & Castro, E. M. N. V. de. (2016). Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. *Revista Sustinere*, 4(2). <https://doi.org/10.12957/sustinere.2016.25976>
- Singh, S. P. (2023). Sakshi and Dhyana : the origin of mindfulness-based therapies. *BJPsych Bulletin*, 47(2), 94–97. <https://doi.org/10.1192/bjb.2022.39>
- Taira, B. R., & Hsieh, D. (2019). Advancing the Biosocial Perspective in the Clinical Training Environment: Surmounting the Barriers and Constructing the Framework. In *Academic Medicine* (Vol. 94, Issue 8, pp. 1094–1098). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002668>

- Torres, R., Patiño, C., Landgrave, C., & Ruano, C. L. (2015). De la enfermología a la salutogénesis: Conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal. *Revista Médica de La Universidad de Costa Rica*, 9(2), 1–8. www.revistamedica.ucr.ac.cr
- Tripathi, A., Das, A., & Kar, S. (2019). Biopsychosocial model in contemporary psychiatry: Current validity and future prospects. In *Indian Journal of Psychological Medicine* (Vol. 41, Issue 6, pp. 582–585). Wolters Kluwer Medknow Publications. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_314_19
- Vallejo, P. M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 92–99. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827204>
- Vásquez, D. E. R. (2016). Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Verdeja, M. M. (2020). El legado pedagógico de Paulo Freire: una pedagogía de la esperanza que nos invita a realizar una lectura crítica del mundo y soñar con las posibilidades de transformación en un mundo ético y profundamente solidario. *Voces de La Educación*, 50–67. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0003-0499-9248>
- Williamson, S. (2022). The biopsychosocial model: not dead, but in need of revival. *BJPsych Bulletin*, 46(4), 232–234. <https://doi.org/10.1192/bjb.2022.29>
- Wyk, V. (1999). Health Education as education of the oppressed. *Curationis*, 22(4), 29–34. <https://doi.org/DOI:10.4102/curationis.v22i4.748>
- Xiao, X., Song, H., Sang, T., Wu, Z., Xie, Y., & Yang, Q. (2021). Analysis of Real-World Implementation of the Biopsychosocial Approach to Healthcare: Evidence From a Combination of Qualitative and Quantitative Methods. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.725596>



Fernando Hidalgo Ramírez

<https://orcid.org/0009-0002-4960-9848>

Psicólogo y psicoterapeuta. Maestro en Psicología de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Docente en la Universidad Tres Culturas. Docente e investigador en el Instituto Mindfulness de México. Revisor académico en la revista científica *Frontiers in Psychology*.

Su trabajo se centra en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones basadas en mindfulness para la reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en población adulta, particularmente en contextos comunitarios. Sus líneas de investigación se orientan al estudio del bienestar psicológico, la regulación emocional y los procesos de cambio en salud mental, integrando enfoques contemporáneos como la psicología positiva, la salutogénesis y la teoría polivagal. Asimismo, desarrolla investigación orientada a la comprensión del sufrimiento psicológico, la desregulación emocional y el crecimiento postraumático, con énfasis en la generación de propuestas de intervención basadas en evidencia en el campo de la salud mental. Desarrolla líneas de investigación orientadas al estudio del sufrimiento psicológico, la desregulación emocional y el crecimiento postraumático, con proyección hacia estudios doctorales.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS). Posdoctor en Antropología Social (BUAP). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico "Nutrición, Educación y Salud Colectiva" UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.



Georgina Contreras Landgrave

<https://orcid.org/0000-0002-0353-5970>

Maestra en Administración de Sistemas de Salud. Dra. en Ciencia de la Salud Colectiva. Profesora de Tiempo Completo en el Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl. Docente en la Licenciatura de Educación para la Salud y Maestrías de Sociología de la Salud y Psicología y Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México. Integrante del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel 1. Revisora en revistas internacionales.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.

**POLÍTICA PÚBLICA Y MEDICINA TRADICIONAL:
EL PAPEL DE LA ACUPUNTURA EN LA AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN MÉXICO**

Miguel Alberto Gutiérrez Nava

Rosa Estela López Gómez

Angélica Castañeda Duarte

Ángel de la Cruz Bustos

Donovan Casas Patiño

RESUMEN

En México, las políticas públicas constituyen un elemento fundamental para abordar una variada gama de problemas que impactan a la salud de la población. Por lo que, en el presente trabajo, analizaremos cómo es que se instaure la acupuntura como política pública y cómo es que se cumple el objetivo de extender la cobertura de servicios y mejorar la calidad de la atención de la población mexicana, fortaleciendo así la salud colectiva.

Palabras clave: acupuntura, políticas públicas, atención primaria, servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas tienen una importancia crucial en el desarrollo y el bienestar de cualquier nación, siendo México un claro ejemplo de ello. Estas políticas comprenden las decisiones y acciones que el gobierno implementa con el fin de afrontar problemas y retos concretos de salud pública. Además de fomentar el progreso económico, social y político del país. Es imperativo que estas iniciativas se lleven a cabo en conjunto con la participación de la

ciudadanía, lo cual resulta ser un aspecto esencial en el proceso de formulación y ejecución de las políticas públicas.

En México, las políticas públicas constituyen un elemento fundamental para abordar una variada gama de problemas que impactan a la salud de la población, tales como la pobreza, la desigualdad, la corrupción, la seguridad, la educación y el medio ambiente, entre otros. Estas políticas tienen como objetivo establecer un marco normativo y acciones específicas para enfrentar dichos desafíos y propiciar un cambio positivo en la vida de los ciudadanos (Bellia Calderón, L., 2025).

Una de las razones fundamentales por las que las políticas públicas revisten gran importancia en México es su capacidad para provocar un impacto social notable. Mediante la implementación de políticas que sean adecuadamente estructuradas y ejecutadas, es factible disminuir la pobreza y la desigualdad; optimizar la calidad de vida de los sectores más vulnerables y propiciar la inclusión social.

Asimismo, las políticas públicas poseen el potencial de estimular la movilidad social. Posibilitando que los individuos superen obstáculos y accedan a mejores servicios de salud y a oportunidades de desarrollo.

Dichas políticas persiguen el objetivo de asegurar el respeto a los derechos humanos, fomentar la transparencia y la rendición de cuentas, además de consolidar las instituciones y la participación ciudadana.

Al incluir a la sociedad en el proceso de diseño y ejecución de estas políticas, se propicia una legitimidad superior de las decisiones gubernamentales y se estimula una confianza incrementada entre los ciudadanos y sus representantes (Bellia Calderón, L., 2025).

La acupuntura es una técnica terapéutica de origen milenario utilizada principalmente en la medicina tradicional china. Esta ha sido una de las alternativas no convencionales más influyentes en México desde los años sesenta durante la administración del presidente Luis Echeverría Alvares (López Espinosa, E., León Cisneros, C., Castañeda Duarte, A., 2021).

A inicios de los años noventa, la potencialidad de esta terapia ha llevado a que se reconociera institucionalmente. Tomando como punto de partida al Instituto Politécnico Nacional con la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía que realizó la gestión necesaria para inscribir a la Acupuntura en la Secretaría de Educación Pública y se reconociera como una especialidad médica en acupuntura humana.

De igual manera, la Universidad Autónoma Metropolitana, comenzó a ofrecer el programa de posgrado en acupuntura y fitoterapia; y tres años posteriores, la Universidad Autónoma de Zacatecas también ofreció una maestría en acupuntura.

Todos estos cursos con una duración de dos años y desarrollados con un perfil de ingreso solo para médicos. Evento que permitió la validación oficial del ejercicio de la acupuntura (López Espinosa, E., León Cisneros, C., Castañeda Duarte, A., 2021).

En el año 2002, se instaura la acupuntura como política pública al publicarse en el Diario Oficial de la Federación bajo la designación de “Norma Oficial Mexicana NOM-172-SSA1-1998. Prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos afines”. Con la finalidad de extender la cobertura de servicios y mejorar la calidad de la atención de la población mexicana (Secretaría de Gobernación, 2002).

DESARROLLO

La acupuntura en México ha gozado de una aceptación significativa. No obstante, no ha sido maximizada para la atención de la ciudadanía, ni para contribuir en diversas líneas del conocimiento científico, a diferencia de otros países.

A través de este ensayo se abre la discusión sobre la implementación de la acupuntura como política pública en salud, resaltando el ejercicio de la acupuntura en el contexto de la atención primaria de la salud, profundizando en su relevancia y potencialidad (Alba Leonel, A., 2021).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ACUPUNTURA

La acupuntura es un componente del sistema de medicina tradicional china que orienta varios de los conceptos de la práctica médica a partir de una cosmovisión en que funcionan los conceptos de alinear, equilibrar y organizar. Este enfoque hace que los componentes materiales de la práctica médica, como las agujas, la medicina herbal o el movimiento físico, tengan un propósito ortopédico y mecánico orientado en restablecer la armonía y la alineación del cuerpo (Quiroz-González, S., Fossion, R., López-Espinosa, E., & Jiménez-Estrada, I., 2021).

La teoría de los meridianos justifica y da sustento a la práctica de la acupuntura en la cultura china. El desarrollo de la teoría de los meridianos orienta la práctica y diagnóstico para esos tres momentos de la práctica médica. Al igual que hay canales o vías intracorporales, cuando no hay otro medio para transportarse los componentes potencialmente nocivos, se desplazan o son transportados a través del espacio intersticial bajo esa relación de posicionalidad en la que el tejido contiguo al agente nocivo debe unirse a él (Cobos Romana, R., 2013).

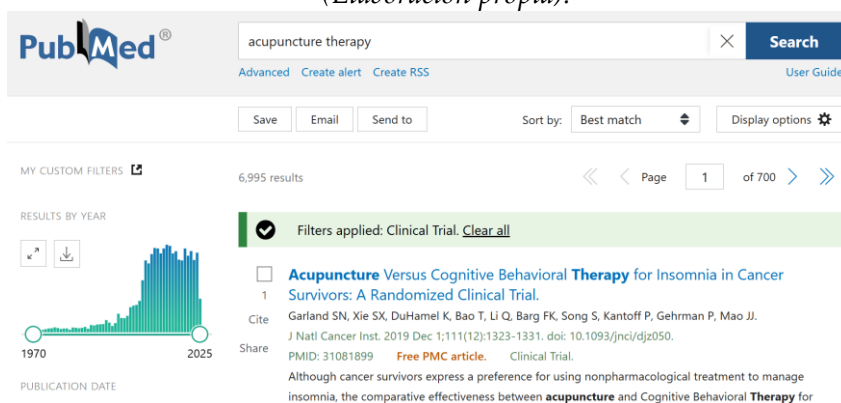
EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA ACUPUNTURA

A lo largo de la historia, se han realizado múltiples trabajos de investigación que han mostrado resultados favorables en procesos clínicos evaluados con acupuntura, especialmente en procesos como el dolor. Sin embargo, un análisis desde la perspectiva de la medicina basada en evidencia nos plantea la siguiente interrogante: ¿existen estudios que justifiquen la implementación de políticas públicas de atención médica basada en acupuntura? La respuesta a esta interrogante se puede abordar a partir de dos niveles de análisis: estudios clínicos relevantes (en los que se demuestra que la acupuntura tiene efecto terapéutico en relación con una o más condiciones clínicas

con respecto a grupos de control) y metaanálisis y revisiones sistemáticas de la evidencia generada (Collazo Chao, E., 2009).

En una de las bases de datos más importantes a nivel mundial llamada PubMed, al implementar la siguiente estrategia de búsqueda: (“acupuncture therapy”[MeSH Terms] OR (“acupuncture”[All Fields] AND “therapy”[All Fields]) OR “acupuncture therapy”[All Fields]) AND (clinicaltrial[Filter]), enfocada a buscar artículos científicos donde se demuestre la efectividad de la acupuntura como terapéutica obtenemos 6995 artículos científicos de ensayos clínicos que abarca desde el año 1970 a 2025 como se muestra en la figura 1.

Figura 1.
*Resultados de búsqueda del término mesh “terapia acupuntural”
(Elaboración propia).*



La búsqueda demuestra que hay una gran cantidad de evidencia científica que avala el uso de la acupuntura en diferentes enfermedades a través de ensayos clínicos.

LA ACUPUNTURA EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Desde la fundación del Instituto Nacional de Salud Pública el 27 de enero de 1987, el interés por las medicinas tradicionales ha ido en aumento. La propuesta se inscribe dentro de un contexto histórico

que ha seguido con cierta continuidad a los distintos cambios políticos y sociales que ha tenido México, que en ocasiones lo concibieron como un todo donde la medicina tradicional y la medicina académica coexistían.

Los que abogaron por el restablecimiento de las medicinas tradicionales, como la acupuntura, consideraron que la medicina académica no era suficiente para resolver los problemas de salud de la población (Menéndez, E.L., 2023).

La propuesta consideró la incorporación de la acupuntura como una medicina complementaria con el objetivo de contribuir de manera positiva en la solución de problemas de salud de la población con una naturaleza no explicada fisiopatológicamente. El enfoque ideológico político de la Cruzada Nacional por la Salud fue el del positivismo científico para la medicina académica, que explicitó en sus planes el concepto de salud a la erradicación de enfermedades. La salud de la población no solo sería resultado de la erradicación de enfermedades sino del funcionamiento de varios sistemas de salud que incluía la medicina popular como la herbolaria y técnicas de tratamiento que han demostrado su efectividad como la acupuntura entre otros para tratar diversas enfermedades (Padilla-Ortiz, D., Contreras-Yáñez, I., Cáceres-Giles, C., Ballinas-Sánchez, Á., Valverde-Hernández, S., Merayo-Chalico, F., Fernández-Ávila, D., Londoño, J., & Pascual-Ramos, V., 2021).

La ideología central de la Cruzada Nacional por la Salud que fue llevada a cabo del 10 de enero al 15 de agosto de 1987 dijo: “Sin Salud no hay Desarrollo”, y consideró favorable que las estructuras políticas no solo fueran meramente funcionales sino sociales en el fortalecimiento. Como consecuencia de que el sistema de salud lo propuso como estructural en la atención de los pueblos indígenas. La propuesta en la acupuntura mexicana fue desde el Gobierno del Estado de México. Estableciendo tres programas piloto en el Hospital General de Ixtapaluca y dos hospitales de Huixquilucan, donde se tomó el proyecto metodológico como funcional (Castro V, M. del C., 2004).

POLÍTICAS PÚBLICAS Y ACUPUNTURA

Al contemplar la relación entre la medicina tradicional y las políticas públicas, es necesario evaluar la existencia de un marco normativo que permita el reconocimiento de la medicina tradicional en los sistemas de salud.

A través de documentos a escala internacional, nacional y local, una de las convenciones que hacen alusión a la medicina tradicional y biodiversidad, establece criterios y lineamientos como la integración de las prácticas de la medicina tradicional y/o indígena en los planes, programas y políticas de diversidad biológica y en los sistemas de salud pública y promoción de salud (Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., & Orozco-Núñez, E., 2001).

Dentro de los instrumentos internacionales, la cual hace eco de que la medicina tradicional debe ser reconocida dentro de los sistemas de salud, es un consenso que aboga por una mayor sensibilización a todos los niveles de atención. Tal como es el caso de México (Tabla1) para mejorar la eficacia y continuidad de la asistencia prestada a los pacientes, en un mundo en el que los problemas de salud son cada vez más complejos.

La política de Salud Plena respalda el conjunto de ideas y estilos de vida de la Medicina Tradicional como parte de la estrategia mundial de promoción de la salud.

Tabla 1.

Principales instituciones de salud en México donde se aplica acupuntura.

Institución	Nivel de atención	Lugar
CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	Tercer nivel	Ciudad de México
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza" ISSSTE	Segundo nivel	Ciudad de México

Centro Especializado de Medicina Integrativa (CEMI)	Segundo nivel	Ciudad de México
UAM-Iztapalapa: La Clínica de Acupuntura y Fitoterapia	Primer nivel	Ciudad de México

Fuente: Elaboración Propia.

Se sostiene que el patrimonio cultural debe considerarse como un hecho de enorme valor para la sociedad contemporánea y que impide sacar de ese patrimonio sus valores estéticos; de comunicación; la representación simbólica que otorga a las comunidades; y que la diversidad cultural mundial es riqueza común de todos los que viven en este planeta (Huerto, M., Curia, C. y Yuln, M., 2022).

Para abordar el tema del marco legal de la acupuntura y política pública, objeto de estudio del presente escrito, se tomará en cuenta, en primer lugar, que la acupuntura se encuentra regulada en el marco normativo mexicano de la salud como disciplina reconocida de la medicina tradicional. Oficialmente regulada por la “Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012. Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados” del cual se desprende el concepto de habilitación profesional, por el que, para la práctica del licenciado en Acupuntura humana rehabilitatoria y homólogos que deben contar con rango de estudios indicados.

Por lo anterior, el uso terapéutico de la acupuntura en México es exclusivamente a los profesionales del área de salud (Secretaría de Gobernación, 2012).

PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA ACUPUNTURA

La percepción social sobre el uso de la acupuntura ha estado marcada por un contexto social, cultural, político y económico de México, en el que prevalece un modelo biomédico y un asociado al modelo de la llamada salud intercultural o Medicinas complementarias (Gutiérrez Nava, M. A., Villarreal Hernández, O., Nieto Vargas, N. D., Martínez Cárdenas, K., Serafin Badillo, M., & García Piceno, Y., 2024).

Dentro del contexto de la salud, las personas asisten a las instituciones de primer nivel de atención (centros de salud), clínicas, hospitales y a sectores privados de salud para atender padecimientos específicos, normalmente remitidos por otro profesional de salud.

Las justificaciones, principalmente inherentes al modelo biomédico, refuerzan la percepción del uso de la acupuntura por sus usuarios. Ya que la mayoría de los pacientes al egresar del tratamiento no aceptan continuar la búsqueda de la salud sobre los modelos que hablan de claro desequilibrio estructural, de bloqueo, de energía, etcétera.

Los pacientes, usuarios del servicio de acupuntura, asumen los beneficios de la terapia y su forma al tratamiento es mayor y en varias ocasiones se someten a tratamientos simultáneos de medicina alópata y acupuntura generando así colaboraciones que permiten observar un área de trabajo productiva para el bienestar del usuario (Collazo, E., 2012).

La independencia, infalibilidad, éxito de los métodos de tratamiento y el conocimiento del paciente, entre otros aspectos, se convierten en valores deseables para las ramas de la medicina complementaria, e incluso, se define en diferentes grados y reacciones dentro del marco que debe operar para las sociedades bien organizadas. Es decir, la medicina complementaria como “la acupuntura” favorece la unión del conocimiento con la medicina

alópata para coadyuvar en el tratamiento y manejo de padecimientos crónicos (Jorand, B., 2008).

Uno de los métodos para evaluar la percepción social de una terapéutica como la acupuntura es a través de encuestas y estudios de opinión. Estos métodos permiten saber qué tan familiarizados están los usuarios con sus usos.

En México, la acupuntura es una de las modalidades de atención médica que se encuentran en los consultorios privados, centros comunitarios y hospitales. En ciertos casos, en consulta en un tercer nivel de atención como es el caso del Centro Médico Nacional 20 de noviembre. La encuesta aplicada por Rodríguez Gallo, et al., (2002), nos dice que el 95.2% de la población de estudio, que utiliza alguna técnica de la medicina tradicional usa la Acupuntura como tratamiento esto relacionado por la seguridad y eficacia que ha demostrado esta terapéutica.

A pesar de que en México la acupuntura es utilizada en algunas dependencias de salud pública y que en el ámbito privado existe una importante presión social para emplearla, continúan predominando estigmas y mitos que deslegitiman su uso.

Muchas personas consideran a la acupuntura solamente como un tratamiento para el dolor o las enfermedades crónico-degenerativas, amparando así su práctica en la tendencia mundial ante la crítica situación de las enfermedades no transmisibles que ahogan a los sistemas de salud pública por la relación costo-efectividad (García Hernández, J. L., 2015).

Existen mitos o estigmas que se relacionan con la desigualdad socioeconómica. Mostrando una visión reduccionista de la medicina tradicional oriental y de la acupuntura como prácticas tradicionales de la gente de los pueblos. Por lo que se llega a generar signos de menosprecio y poniendo el sistema médico hegemónico como el único dueño del saber, el que todo lo puede y lo sabe todo.

En la actualidad, el acceso y la cobertura son considerados elementos fundamentales en la evaluación de políticas públicas, ya

que permiten conocer el nivel de atención de problemas sociales que presenta un determinado país o región.

En este sentido, se refiere que desde varias décadas las tasas de recurso a los servicios de salud tanto ambulatorios como hospitalarios han aumentado a niveles extremos. Lo que indica un problema de atención oportuna y accesible. Es así que, para países con altos niveles de trabajo burocrático, corren el riesgo de caer en un grave problema de salud.

Por lo que, a raíz del COVID-19, surgió la propuesta de implementar alternativas de atención. Como es el caso de la medicina tradicional. Lo cual, debido a que su cobertura geográfica se extiende a regiones remotas en la zona rural, y es una opción por bajo costo, con el fin de tratar de cubrir, de cierta manera, las expectativas de la población (Mercedes, J., Moguel Ancheita, A., Valdés Olmedo, C., González Pier, E., Martínez González, G., Barraza Llorens, M., Aguilera Aburto, N., Trejo Rayón, S., Soberón Acevedo, G., Frenk Mora, J., Ibarra Espinosa, I., Lee, G. M., Tapia Conyer, R., Kuri Morales, P., Noriega Curtis, C., Cano Valle, F., & Uribe Zúñiga, P., 2013).

En este sentido, la población mexicana, en lo particular, ha demandado un mayor uso de los recursos de la medicina tradicional debido a la falta de insumos disponibles de la medicina convencional. Provocando que las políticas públicas de atención a la salud sean implementadas dirigidas a la población en general.

Aunado a ello, se ha promovido a la acupuntura como manera de aproximarse a una metodología de atención complementaria que supla la falta de insumos de medicina convencional.

Derivado de lo anterior, se permite tener una solventación clara a una necesidad social.

Evidentemente, dentro de cada escenario se puede presentar restricciones a su empleo. Sin embargo, consideramos que México podría tomar gran ventaja social y política del campo de gestionar políticas públicas de atención a la población a través de la

acupuntura. No obstante, presenta grandes limitantes en los aspectos políticos, económicos y operacionales.

Actualmente, no existe un recurso económico suficiente para la implementación de esta política pública de manera universal por todo el territorio nacional. Pero con ayuda de las instituciones académicas, pioneras en acupuntura en México, pueden llegar a ser una realidad (Tabla 2).

Tabla 2.

Principales instituciones de educación superior formadoras de profesionales de la salud en materia de acupuntura.

Universidad	Programa Académico	Ubicación	Duración	Modalidad	Reconocimiento Oficial
Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE)	Licenciatura en Acupuntura Humana Rehabilitatoria	Ecatepec, Estado de México	4 años + 1 año de servicio social	Presencial	RVOE SEP 20240797
Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE)	Maestría en Ciencias de la Acupuntura	Ecatepec, Estado de México	2 años	Presencial	RVOE SEP
Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT)	Licenciatura en Acupuntura Humana Rehabilitatoria	Toluca, Estado de México	4 años + 1 año de servicio social	Presencial	RVOE SEP
Instituto de Ciencias de la Salud y Humanidades (ICCHF)	Licenciatura en Acupuntura Humana	Ecatepec, Estado de México	4 años + 1 año de servicio social	Presencial	RVOE SEP 20240797

Universidad de Medicina Tradicional China de Tijuana (UAMTCH)	Licenciatura en Acupuntura Humana	Tijuana, Baja California	5 años (incluye servicio social)	Presencial	Información no especificada
Instituto Politécnico Nacional (IPN) - ENMH	Especialidad en Acupuntura Humana	Ciudad de México	2 años (5 semestres)	Presencial	Posgrado para médicos titulados

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIÓN

La acupuntura, al ser incorporada como política pública en el sistema de salud mexicano, representa un caso paradigmático de cómo el Estado puede reconocer, integrar y validar saberes médicos tradicionales dentro de un marco institucional moderno.

Este proceso no ha sido lineal ni exento de tensiones epistemológicas, culturales y políticas, pero evidencia una tendencia global hacia la pluralización de los sistemas de salud y el reconocimiento de la medicina tradicional como un recurso legítimo para la atención integral de la población.

Desde una perspectiva política, la instauración de la Norma Oficial Mexicana NOM-172-SSA1-1998 y su actualización mediante la NOM-017-SSA3-2012, constituyen hitos regulatorios que consolidan a la acupuntura dentro del marco normativo nacional.

Este reconocimiento formal no solo legitima la práctica, sino que también establece un precedente clave para la inclusión de paradigmas médicos alternativos en las políticas públicas. No obstante, su implementación enfrenta serias limitaciones estructurales, principalmente por la falta de recursos económicos, la escasa cobertura territorial y la insuficiente articulación entre los distintos niveles del sistema nacional de salud.

En el ámbito científico, la evidencia empírica acumulada en torno a la eficacia terapéutica de la acupuntura es contundente. Múltiples de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis, respaldan su efectividad en el manejo de diversas afecciones, especialmente en el control del dolor, los trastornos musculoesqueléticos y los padecimientos crónicos no transmisibles. No obstante, el reto principal consiste en trasladar esta evidencia hacia políticas basadas en evidencia contextualizada que consideren las particularidades epidemiológicas, culturales y económicas del país. En este sentido, la investigación nacional sobre acupuntura debe fortalecerse para generar datos locales que orienten la planeación y evaluación de los programas públicos.

Desde una dimensión sociocultural, la acupuntura ha experimentado una progresiva aceptación social en México. Aunque persisten estigmas y resistencias derivadas del modelo biomédico hegemónico.

Este modelo, centrado en la racionalidad positivista y la medicalización del cuerpo, ha tendido históricamente a marginar los saberes tradicionales. Sin embargo, las demandas sociales por atención accesible, humanizada y culturalmente pertinente —especialmente en contextos rurales e indígenas— han reabierto la discusión sobre la necesidad de una salud intercultural.

En este escenario, la acupuntura se configura como un puente entre la medicina académica y las prácticas tradicionales, ofreciendo un modelo terapéutico complementario que responde tanto a la dimensión biológica como simbólica del proceso salud-enfermedad.

El desarrollo académico de la acupuntura en México, con programas de formación a nivel de licenciatura y posgrado en diversas instituciones públicas, constituye una base sólida para su consolidación profesional y científica. Sin embargo, la vinculación entre las universidades, las instituciones de salud y las instancias gubernamentales aún requiere fortalecerse mediante mecanismos interinstitucionales de cooperación, que garanticen la continuidad, evaluación y expansión de los servicios de acupuntura en el país.

A manera de cierre, la incorporación de la acupuntura como política pública de salud en México, no solo amplía el horizonte terapéutico nacional, sino que redefine el concepto mismo de salud pública. Su implementación implica reconocer la diversidad epistemológica, promover la equidad en el acceso a los servicios, y avanzar hacia un modelo de atención integral que combine la ciencia moderna con los saberes tradicionales.

México se encuentra, por tanto, ante la oportunidad histórica de transformar su sistema de salud hacia un paradigma más inclusivo, interdisciplinario y humanista, donde la acupuntura no sea una práctica periférica, sino un componente estructural en la búsqueda del bienestar colectivo.

REFERENCIAS

- Alba Leonel, A. (2021). Profesionalización de la acupuntura y sus implicaciones en la salud de los pacientes. *Revista De Enfermería Neurológica*, 19(2), 81–89. <https://doi.org/10.51422/ren.v19i2.282>
- Bellia Calderón, L. (2025). La importancia de las políticas públicas en México. <https://puebla.anahuac.mx/educacion-continua/blog/la-importancia-de-las-politicas-publicas-en-mexico>
- Castro V, M. del C. (2004). La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. *Región y sociedad*, 16(30), 43-83. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252004000200002&lng=es&tlng=es
- Cobos Romana, R. (2013). Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20(5), 263-277. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462013000500006>
- Collazo Chao, E. (2009). Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico convencional. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(2), 79-86. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000200002&lng=es&tlng=es
- Collazo, E. (2012). Fundamentos actuales de la terapia acupuntural. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(6), 325-331. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600007&lng=es&tlng=es
- García Hernández, J. L. (2015). La acupuntura en México busca ser más que una alternativa. <https://www.sinembargo.mx/1441564/la-acupuntura-en-mexico-busca-ser-mas-que-una-alternativa/>
- Gutiérrez Nava, M. A., Villarreal Hernández, O., Nieto Vargas, N. D., Martínez Cárdenas, K., Serafin Badillo, M., & García Piceno, Y. (2024). Retos, Horizontes y Conceptualización de la Salud

- Intercultural. *Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica*, 4(1), 241–261. <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v4i1.98>
- Huerto, M., Curia, C. y Yuln, M. (2022). Patrimonio cultural: entre el producto y el proceso. Concepto, categorías y discursos. *Análisis*, 54(101). <https://doi.org/10.15332/21459169.7394>
- Jorand, B. (2008). Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco*, 15(44), 181–196. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592008000300009&lng=es&tlng=es
- López Espinosa, E., León Cisneros, C., Castañeda Duarte, A. (2021). Historia de la profesionalización de la acupuntura en México. *Longhua Chin Med*, 4,1-6. <https://lcm.amegroups.org/article/view/7287/html>
- Menéndez, E.L. (2023). Medicina tradicional mexicana: los objetivos y las formas de estudiarla. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 44(174), 149-171. <https://doi.org/10.24901/rehs.v44i174.943>
- Mercedes, J., Moguel Ancheita, A., Valdés Olmedo, C., González Pier, E., Martínez González, G., Barraza Llorens, M., Aguilera Aburto, N., Trejo Rayón, S., Soberón Acevedo, G., Frenk Mora, J., Ibarra Espinosa, I., Lee, G. M., Tapia Conyer, R., Kuri Morales, P., Noriega Curtis, C., Cano Valle, F., & Uribe Zúñiga, P. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(spe), 1-64. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es&tlng=es
- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., & Orozco-Núñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*, 43(1), 41-51. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100006&lng=es&tlng=es

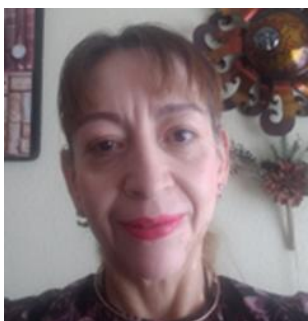
- Padilla-Ortiz, D., Contreras-Yáñez, I., Cáceres-Giles, C., Ballinas-Sánchez, Á., Valverde-Hernández, S., Merayo-Chalico, F., Fernández-Ávila, D., Londoño, J., & Pascual-Ramos, V. (2021). Uso de medicina complementaria y alternativa y su asociación con la relación médico-paciente en enfermos con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 28(1), 28-37. Epub September 22, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.06.008>
- Quiroz-González, S., Fossion, R., López-Espinosa, E., & Jiménez-Estrada, I. (2021). Análisis de los caracteres tradicionales del deqi y propuesta de un biocircuito desde la teoría general de sistemas. *Revista Internacional de Acupuntura*, 15(2), 73-85. <https://doi.org/10.1016/j.acu.2021.02.002>
- Rodríguez Gallo, C. M., Medina Caballero, G., Cabrera Hernández, D., & Díaz Hernández, E. (2002). Medicina Natural y Tradicional. Conocimientos y aplicaciones de enfermería en MINAS-II. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(3), 138-143. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300002&lng=es&tlng=es
- Secretaría de Gobernación. (2002). NORMA Oficial Mexicana NOM-172-SSA1-1998, Prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=732898&fecha=07/05/2002#gsc.tab=0
- Secretaría de Gobernación. (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268976&fecha=18/09/2012#gsc.tab=0



Miguel Alberto Gutiérrez-Nava.

<https://orcid.org/0000-0002-8482-1724>

Profesor de tiempo completo con perfil PRODEP deseable (SEP) de la Licenciatura en Acupuntura Humana Rehabilitatoria y profesor invitado en la Maestría en Ciencias de la Acupuntura en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, es jefe del laboratorio de fitoterapia de la UNEVE, asociado-investigador de la Red Internacional de Salud Colectiva y Salud Intercultural, miembro de la mesa directiva de la Asociación Mexicana de Licenciados en Salud Intercultural A.C., en su formación académica es Licenciado en Salud Intercultural por la Universidad Intercultural del Estado de México, Maestro en Ciencias Quimicobiológicas por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional, Master en Fitoterapia Tradicional China y Doctor en Docencia e Investigación Social por el Centro Universitario para el Desarrollo Empresarial de México, es autor de diversos artículos científicos, libros y capítulos de libro sobre plantas medicinales y medicina tradicional.

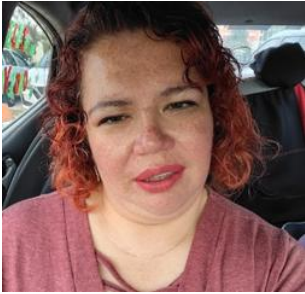


Rosa Estela López-Gómez.

<https://orcid.org/0000-0001-5315-4618>

Profesora de tiempo completo con perfil PRODEP deseable (SEP) de la Licenciatura en Acupuntura Humana Rehabilitatoria y profesora invitada en la Maestría en Ciencias de la Acupuntura en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, en su formación académica es Médico Cirujano y Homeópata por la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía. IPN, Mtra. en Educación acentuación en Desarrollo Cognitivo por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Máster en Diseño Humano Neurolingüístico por el Centro de Excelencia Humana Creativa (Universidad de Sta. Cruz California) y Doctora en Neurociencias y Psicoanálisis por el Instituto de Estudios Superiores en Neurociencias Psicoanálisis y Salud Mental, es Investigadora y presidenta de academia de Biociencias, Miembro del colegio mexicano de

PsicoNeuroInmunoEndocrinología y Desarrolla la liga de Investigación en estrés académico y psicoemocional, cultura y genero UNEVE.



Angélica Castañeda-Duarte.

<https://orcid.org/0000-0001-5760-417X>

Profesora de educación superior en la Licenciatura en Acupuntura Humana Rehabilitatoria en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE), donde participa activamente en la formación de profesionales de la salud con enfoque integral. Su labor académica abarca áreas como salud pública, epidemiología, diagnóstico comunitario, bioética y herbolaria, integrando enfoques científicos y tradicionales. Cuenta con experiencia en el desarrollo de proyectos de investigación enfocados en la relación entre la salud pública y las medicinas tradicionales, destacando su interés en la interculturalidad en salud, la promoción del bienestar comunitario y la atención integral del paciente. Ha colaborado en la formación y asesoría de estudiantes en programas de investigación, impulsando el análisis crítico y la aplicación del conocimiento en contextos reales. Su trabajo se caracteriza por la integración de saberes ancestrales y contemporáneos, promoviendo una visión humanista y ética en la práctica de la salud. Actualmente participa en la coordinación y desarrollo de iniciativas académicas y de investigación orientadas a fortalecer la salud intercultural y la educación en ciencias de la salud.



Ángel de la Cruz-Bustos.

<https://orcid.org/0000-0003-1666-6993>

Especialista en Administración Gerontológica por el posgrado de la FCA, Universidad Nacional Autónoma de México, Dr. En Educación por el Colegio de Estudios Superiores Rubinstein, Mtro. en Pedagogía por la FES Aragón, Licenciado en Sociología por la FES Aragón, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ponente en congresos nacionales e internacionales en temas de envejecimiento, educación, derechos humanos y paz. En la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec integrante del cuerpo académico de la cuya línea de investigación se titula “Innovación en Salud, Educación y Desarrollo Humano hacia un Envejecimiento Sostenible”, participante en proceso de evaluación de la Licenciatura en gerontología ante CIEES y CHIFRS, en esa misma institución fungí como auditor interno y ombudsperson. Actualmente director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS).
Posdoctor en Antropología Social (BUAP).
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X).
Especialista en Medicina Familiar (IMSS).
Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.

**ENTRE A PRECARIZAÇÃO E AS MÚLTIPLAS VULNERABILIDADES:
A LUTA POR SAÚDE COLETIVA EM UMA COOPERATIVA DE
RECICLAGEM**

*Debora Lorena dos Santos Silva
Gabriely Bontempo de Oliveira
Luciano Rodrigues Ferreira Filho*

RESUMO

O presente estudo analisa as condições de trabalho e as vivências subjetivas dos catadores de materiais recicláveis da cooperativa Recicla Ourinhos, situada no município de Ourinhos/SP. A pesquisa evidencia o processo histórico de organização dos catadores no Brasil, destacando o papel fundamental desses trabalhadores na cadeia produtiva da reciclagem e na promoção da sustentabilidade ambiental. Utilizando o método etnográfico, as autoras participaram diretamente das atividades da cooperativa, realizando observações e entrevistas não estruturadas. Os resultados revelam uma complexa ambivalência: embora os catadores enfrentam condições laborais marcadas pela precarização, riscos ocupacionais e falta de proteção social, o ambiente da cooperativa é percebido, majoritariamente pelas mulheres, como um espaço de acolhimento, socialização e alívio frente às adversidades familiares e sociais. A discussão aponta para a necessidade de políticas públicas intersetoriais que garantam não apenas melhores condições de trabalho, mas também promovam o fortalecimento de redes de apoio psicossocial. O estudo conclui que a saúde coletiva nesse contexto deve ser pensada de forma integral, valorizando tanto a segurança física quanto o bem-estar subjetivo dos trabalhadores, reconhecendo-os como agentes fundamentais na promoção da sustentabilidade e na construção de uma cidadania ambiental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva, políticas públicas, vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o lixo a ser descartado no mundo passou a ser relacionado com pessoas de vulnerabilidade social, onde, elas eram responsáveis por coletar, triar e vender para ter seu próprio sustento. Essas pessoas, muitas vezes, saindo das ruas, das favelas e até mesmo vivendo em condições de pobreza ou miséria, acabam por tornar os materiais recicláveis como sua fonte de sobrevivência (Bosi, 2008).

Ao evoluir as condições de trabalho dos catadores — agora não mais de forma individual e sim de forma coletiva — cria-se a Associação dos Catadores de Papel, Papelão e Material Reciclável (ASMARE), que inaugura uma nova etapa na trajetória desses trabalhadores, marcada pela organização social e pelo reconhecimento gradual de sua importância econômica e ambiental. Esse processo de coletivização possibilitou avanços significativos, como o fortalecimento da identidade profissional, a conquista de melhores condições de trabalho e a ampliação do acesso a políticas públicas de apoio e inclusão (Souza; Pereira; Calbino, 2021).

No Brasil, esse movimento ganhou maior visibilidade a partir das décadas de 1980 e 1990, quando diversas organizações de catadores surgiram, impulsionadas por movimentos sociais, organizações não governamentais e políticas de incentivo ao cooperativismo. A fundação da Associação Nacional dos Catadores e Catadoras de Materiais Recicláveis (ANCAT) e, posteriormente, do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR), consolidou a luta por direitos trabalhistas, pelo reconhecimento como agentes ambientais e pela valorização do trabalho desempenhado.

A trajetória histórica dos catadores revela, portanto, um processo de resistência e ressignificação social. De sujeitos

historicamente marginalizados, passaram a ser protagonistas na cadeia produtiva da reciclagem e fundamentais na promoção de práticas sustentáveis de gestão de resíduos sólidos. Assim, o percurso dos catadores articula-se à construção de uma cidadania ambiental, que reconhece sua atuação como estratégia na redução dos impactos socioambientais decorrentes do consumo e descarte inadequado de resíduos (Souza; Pereira; Calbino, 2019)

Entretanto, apesar dos avanços promovidos por toda essa força coletiva e pelo reconhecimento progressivo da categoria, persiste uma evidente dicotomia entre a beleza inerente à profissão e a prática cotidiana do trabalho dos catadores. De um lado, destaca-se a nobreza e a relevância socioambiental da atividade – essencial para a promoção da sustentabilidade, para a redução da poluição e para o fortalecimento da economia circular. A atuação dos catadores transforma resíduos em recursos, contribuindo para a preservação ambiental e a conscientização social acerca da necessidade do consumo responsável (Magalhães, 2012)

Por outro lado, na prática, as condições de trabalho continuam marcadas por profundas vulnerabilidades. Muitos catadores ainda enfrentam jornadas extenuantes, ausência de equipamentos de proteção individual adequados, exposição a materiais perigosos e instabilidade econômica, especialmente em contextos urbanos desestruturados. Apesar da criação de cooperativas e associações que buscam minimizar essas adversidades, grande parte da categoria permanece à margem de direitos trabalhistas, previdenciários e de segurança sanitária (Magalhães, 2012)

Assim, a atividade dos catadores materializa uma tensão entre a valorização simbólica e ecológica de seu trabalho e a precarização que caracteriza suas condições objetivas de existência. Essa dicotomia revela não apenas as contradições sociais e econômicas que atravessam a gestão dos resíduos sólidos, mas também a necessidade de políticas públicas mais efetivas, que garantam não apenas o reconhecimento formal da profissão, mas sobretudo a

dignidade, a proteção e a valorização concreta desses trabalhadores (Magalhães 2012).

No campo da saúde coletiva, compreende-se que os processos de adoecimento e cuidado não se limitam à dimensão clínica, sendo atravessados por fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Essa perspectiva permite analisar o trabalho dos catadores para além da lógica biomédica, reconhecendo as condições de vida e o cotidiano como determinantes fundamentais da saúde. Assim, o presente estudo inscreve-se na tradição da saúde coletiva ao enfatizar a escuta dos sujeitos e a produção de sentidos no contexto laboral.

MÉTODO

Esta pesquisa de campo foi realizada em uma cooperativa de reciclagem localizada no interior do Estado de São Paulo. Por questões de sigilo institucional, o nome da cooperativa foi omitido ao longo do texto. A análise de caso proposta busca evidenciar uma perspectiva menos visibilizada das vivências desses trabalhadores.

O objetivo central da investigação foi compreender os aspectos psicossociais relacionados à atividade laboral dos catadores de materiais recicláveis, com ênfase nas experiências de vulnerabilidade e na percepção subjetiva do trabalho como elemento estruturante de suas vidas.

Para a condução do estudo, adotou-se o método etnográfico, conforme proposto por Lima, Dupas, Oliveira e Kakehashi (1996), que permite uma imersão no campo investigativo por meio da observação participante. A coleta de dados ocorreu por meio de registros sistemáticos em diário de campo, além da realização de conversas informais e entrevistas não estruturadas, recursos que possibilitaram acessar, de maneira espontânea, os relatos e percepções dos trabalhadores sobre suas vivências cotidianas.

A etnografia como método de pesquisa de campo é uma abordagem qualitativa que visa compreender, descrever e interpretar práticas, comportamentos, crenças e significados de um grupo social, a partir

da imersão direta do pesquisador no contexto estudado. Esse método envolve a observação participante, entrevistas e registros detalhados das interações cotidianas, buscando captar a perspectiva dos próprios membros do grupo, ou seja, seu ponto de vista interno. A etnografia é tradicionalmente associada à antropologia, mas também é amplamente utilizada em outras áreas como sociologia, educação e estudos organizacionais.

A escolha metodológica da pesquisa fundamentou-se na necessidade de uma compreensão aprofundada da cultura organizacional da cooperativa e das dinâmicas interpessoais que a compõem. Para tanto, tornou-se indispensável a adoção de um método abrangente, que permitisse não apenas a observação das relações, mas também a inserção no cotidiano e no funcionamento da instituição. Durante o trabalho de campo, as pesquisadoras participaram ativamente de atividades como a triagem dos materiais recicláveis e a coleta, o que corrobora a abordagem teórica de Camila Lúcia Mattos sobre a importância da imersão e da vivência direta como instrumentos de análise etnográfica.

Compreende o estudo, pela observação direta e por um período de tempo, das formas costumeiras de viver de um grupo particular de pessoas: um grupo de pessoas associadas de alguma maneira, uma unidade social representativa para estudo, seja ela formada por poucos ou muitos elementos.

A cooperativa investigada conta com aproximadamente 78 trabalhadores associados, com idades entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos. A participação dos cooperados na pesquisa ocorreu de forma espontânea e colaborativa, durante as interações cotidianas ao longo das atividades de campo. A investigação foi desenvolvida ao longo de um semestre, com frequência de dois encontros semanais, cada um com duração média de três horas.

No início do processo, as pesquisadoras ingressaram no campo sem um problema de pesquisa previamente delimitado, concentrando-se inicialmente em atividades de observação e

integração com os membros da cooperativa, no contexto das ações práticas vinculadas ao estágio curricular supervisionado.

No contexto das cooperativas de reciclagem, a saúde coletiva ultrapassa os limites da esfera individual, assumindo um caráter essencialmente social e comunitário. Isso implica considerar, além das condições materiais e ambientais de trabalho, o acesso a políticas públicas de saúde, a segurança nas atividades laborais e a valorização integral do bem-estar físico, mental e social dos cooperados.

Na cooperativa, os riscos ocupacionais, como cortes, lesões musculares, contaminações e doenças respiratórias, estão diretamente relacionados à manipulação inadequada dos resíduos e à falta de EPIs. Assim, a proteção e a promoção da saúde não devem ser entendidas apenas como responsabilidade do indivíduo, mas como uma ação coletiva e integrada, que envolve a gestão da cooperativa, os órgãos públicos e os próprios trabalhadores (Velloso; Santos; Anjos, 1997)

Ademais, a atuação em cooperativas de reciclagem insere-se em um contexto de vulnerabilidade social, o que reforça a necessidade de políticas intersectoriais que articulem saúde, assistência social, meio ambiente e trabalho. A promoção da saúde coletiva nesse espaço passa, portanto, pelo fortalecimento das práticas de educação em saúde, pela garantia de condições dignas de trabalho e pela construção de ambientes laborais saudáveis, que reconheçam e valorizem o papel fundamental dos catadores para a sustentabilidade ambiental e para a economia circular (Santos, 2021).

Durante o estágio, foi possível constatar um exemplo claro dessa precariedade: uma trabalhadora sofreu um grave acidente ao realizar a coleta de materiais recicláveis nas ruas. Por não utilizar calçado apropriado, ela acabou ferindo-se seriamente ao subir no caminhão, o que resultou na necessidade de sutura com nove pontos em seu pé. Este caso ilustra de maneira clara e preocupante os riscos associados à atividade quando realizada sem a devida proteção.

Além disso, no ambiente da cooperativa, especialmente nas máquinas de triagem de materiais recicláveis, os riscos ocupacionais são ainda mais acentuados. O manuseio inadequado dessas máquinas, sem a devida utilização de Equipamentos de Proteção Individual, como as luvas de segurança, pode ocasionar acidentes graves e, em casos extremos, levar até mesmo à amputação de membros. Por exemplo, se um trabalhador colocar a mão desprotegida na máquina de triagem, existe a possibilidade concreta de sofrer ferimentos severos, podendo inclusive ter a mão decepada.

Entretanto, é importante destacar que, embora as questões de vulnerabilidade no trabalho sejam evidentes e graves, a partir dos relatos colhidos durante o estágio foi possível perceber que, para as mulheres cooperadas, o maior fator de desânimo não estava diretamente relacionado às condições precárias de trabalho na cooperativa. Surpreendentemente, o que mais as afetava emocionalmente eram as situações de vulnerabilidade vivenciadas fora do ambiente laboral, no âmbito familiar e pessoal.

Em depoimentos colhidos, uma das trabalhadoras relatou: “Aqui é gostoso, pelo menos dá pra passar o tempo, conversar com as amigas... em casa eu luto com meu filho que tá nas drogas”. Outra afirmou: “A minha filha em casa que acaba com a minha vida: ela só briga comigo e me culpa pelos problemas dela”. Esses relatos revelam que, apesar das adversidades no trabalho, a cooperativa acaba sendo percebida como um espaço de acolhimento, socialização e alívio emocional, ainda que informal e precário.

Dessa forma, evidencia-se que a vulnerabilidade dessas mulheres é múltipla e complexa, transcendendo as fronteiras do ambiente de trabalho. Elas enfrentam não apenas a precariedade das condições laborais, mas também questões familiares, sociais e econômicas que impactam diretamente sua saúde mental e qualidade de vida.

É evidente, portanto, o vínculo afetivo que essas mulheres desenvolvem com a cooperativa, um espaço que, apesar das dificuldades e da precariedade em termos de segurança e

infraestrutura, ainda lhes proporciona mais momentos de satisfação e acolhimento do que outros ambientes, como o familiar, que muitas vezes também é marcado por sofrimento e conflitos.

Esse amor pelo local de trabalho evidencia a importância das relações sociais e do sentimento de pertencimento na construção do bem-estar subjetivo. A cooperativa, nesse sentido, não é apenas um espaço de produção, mas também um território de resistência, convivência e apoio mútuo, onde as mulheres encontram acolhida, solidariedade e um certo alívio diante das adversidades que enfrentam em outros âmbitos de suas vidas.

Assim, compreende-se que, para além das questões objetivas relacionadas à segurança e às condições de trabalho, há uma dimensão subjetiva que precisa ser considerada na análise da saúde coletiva nesse contexto: o papel que o ambiente laboral desempenha na constituição de redes de apoio e na promoção de um espaço de sociabilidade que, mesmo imperfeito, contribui para amenizar os sofrimentos vividos fora dele (Furtado, 2011).

O trabalho, em alguns casos, pode ser uma fonte significativa de sofrimento, especialmente quando realizado em condições precárias, como observado na cooperativa de reciclagem, onde há riscos constantes à saúde física e mental. No entanto, emerge uma questão complexa e relevante: e quando o trabalho, apesar dessas condições adversas, se configura também como um espaço de alívio frente às demandas externas?

No caso das mulheres entrevistadas, ficou evidente que o ambiente laboral, mesmo carente de segurança e estrutura adequada, representa uma espécie de refúgio diante das pressões e sofrimentos vividos no espaço doméstico e familiar. O trabalho, nesse contexto, assume uma função paradoxal: ao mesmo tempo em que expõe o corpo a riscos, protege a mente e as emoções ao oferecer uma rede de sociabilidade, pertencimento e reconhecimento, muitas vezes ausentes em outros aspectos da vida dessas mulheres.

Essa ambivalência evidencia a necessidade de uma compreensão ampliada sobre o papel do trabalho na vida dos

sujeitos, especialmente em contextos marcados pela vulnerabilidade social. O alívio proporcionado pelo trabalho não elimina as condições de risco, mas revela sua importância enquanto espaço de construção de identidade, de valorização social e de fuga das tensões familiares.

Pensando a saúde coletiva nesses contextos, torna-se evidente que ela não pode ser reduzida a intervenções focadas exclusivamente na prevenção de acidentes ou na melhoria das condições físicas do trabalho, embora estas sejam fundamentais. É necessário compreender que a saúde coletiva, especialmente em espaços como as cooperativas de reciclagem, deve ser pensada de maneira integral, considerando as múltiplas dimensões da vida dos sujeitos: as vulnerabilidades ocupacionais, as relações sociais no ambiente laboral e, sobretudo, as demandas e sofrimentos externos que atravessam suas existências (Vasconcelos; Guimarães; Zaneti, 2018)

Nesse sentido, promover a saúde coletiva implica também reconhecer o potencial do espaço de trabalho como um local de acolhimento, fortalecimento de vínculos e construção de redes de apoio, capazes de atenuar os impactos negativos das vulnerabilidades sociais que permeiam a vida dessas mulheres.

Assim, políticas públicas e ações intersetoriais devem ser orientadas por uma perspectiva ampliada de saúde, que considere a complexidade dessas vivências, promovendo não apenas segurança e dignidade no trabalho, mas também apoio psicossocial, acesso a direitos e fortalecimento da autonomia das trabalhadoras. Somente a partir dessa abordagem será possível construir práticas que realmente contribuam para a promoção da saúde coletiva em sua dimensão mais plena e transformadora (Rodrigues; Souza, 2013).

SÁUDE COLETIVA NO TRABALHO: UMA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA

No livro *O Psiquismo e a Subjetividade Social*, Odair Furtado inicia sua reflexão conceituando a linguagem e a subjetividade a partir da

perspectiva dos principais autores da psicologia sócio-histórica. O autor busca compreender não apenas o que a linguagem representa nesse campo teórico, mas também como ocorreu o seu surgimento e qual a sua função no processo de constituição da subjetividade.

Segundo Furtado (2011), a linguagem constitui-se como um fator essencial na formação da consciência. A partir dessa afirmativa, é possível compreender que a constituição da consciência não ocorre de maneira espontânea ou isolada, mas depende de determinados elementos, entre os quais a linguagem desempenha um papel central.

Para ilustrar essa concepção, o autor recorre à trajetória evolutiva do Homo sapiens, que há aproximadamente 120 mil anos começou a desenvolver os primeiros níveis de criatividade evidenciados pela fabricação e uso de instrumentos rudimentares, como ferramentas confeccionadas com ossos ou chifres (Furtado, 2011).

Contudo, os primeiros traços de consciência, aparecem no Homo Ergaster - aproximadamente a 2 milhões de anos atrás- com a potencialidade de produzir “instrumentos de pedras elaboradas” Diante disso, Furtado destaca que o trabalho e a utilização de ferramentas configuram-se como aspectos fundamentais no processo de formação da consciência. É precisamente no exercício do trabalho que o ser humano inicia o desenvolvimento de sua consciência, uma vez que a atividade prática exige a mediação simbólica e reflexiva sobre a realidade (Furtado, 2011)

Essa concepção pode ser relacionada ao contexto das mulheres que atuam na cooperativa. Ao desempenharem suas atividades laborais, mesmo em condições muitas vezes precárias, essas mulheres passam a refletir sobre sua própria realidade, reconhecendo as vulnerabilidades que atravessam suas vidas. Assim, o trabalho torna-se não apenas um meio de subsistência, mas também um espaço privilegiado para a tomada de consciência sobre suas condições materiais e existenciais.

Refletir sobre a atuação destas mulheres permite compreender que, ao se comunicarem e utilizarem a linguagem no contexto de seu trabalho, ocorre um significativo desenvolvimento de sua

consciência social (Furtado, 2011). Isso se deve ao fato de que, ao conversarem e externalizarem suas vivências e sentimentos, essas mulheres passam a elaborar uma compreensão mais profunda sobre sua própria situação social, reconhecendo as condições objetivas que estruturam suas experiências.

Um dos aspectos relevantes identificados durante o estágio foi o esforço contínuo das alunas em promover, entre essas mulheres, a tomada de consciência acerca de um fator determinante na evolução humana: a compreensão de que a sociedade é constituída por classes e marcada por relações de dominação, nas quais o homem domina o homem (Furtado, 2011). Nesse sentido, torna-se evidente que o sofrimento vivenciado por essas mulheres não se origina exclusivamente das experiências particulares que enfrentam na organização, mas está inserido em um contexto mais amplo, condicionado pela estrutura social capitalista.

Assim, destaca-se que as formas de subjetividade dessas mulheres são moldadas em um mundo no qual o capitalismo configura-se como a principal forma de organização do trabalho. Esse modelo, ao mesmo tempo em que explora a força de trabalho, também gera sofrimento, penalizando subjetivamente aqueles que dele participam. A compreensão de que o sofrimento não se restringe às dificuldades pessoais, mas possui raízes políticas e estruturais, é um passo fundamental para a tomada de consciência crítica (Santos, 2021)

A partir desse movimento, percebe-se que o processo de conscientização não apenas confere sentido às experiências dessas mulheres, mas também promove saúde mental. Ao compreenderem que sua dor está relacionada a um sistema social mais amplo, e não exclusivamente às suas vivências individuais, elas podem encontrar novos significados para sua existência. Dessa forma, a tomada de consciência contribui para a promoção da saúde mental e, conseqüentemente, para o fortalecimento da saúde coletiva.

No contexto do trabalho desenvolvido com as mulheres, a ação do psicólogo alinha-se diretamente aos princípios estabelecidos pela

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), especialmente no que se refere à promoção da dignidade, da liberdade e da igualdade. Ao favorecer a conscientização dessas mulheres sobre sua condição social e sobre as estruturas que condicionam seu sofrimento, o psicólogo contribui para a realização do direito fundamental à liberdade de pensamento e de expressão. Esse processo de conscientização possibilita que as mulheres reconheçam que sua dor não se restringe a questões individuais, mas está inserida em um sistema de exploração e desigualdade, promovendo, assim, sua autonomia e emancipação.

Ademais, essa prática evidencia o compromisso do psicólogo com a defesa do princípio da igualdade, ao atuar na superação das vulnerabilidades impostas às mulheres em situação de precarização do trabalho. Portanto, a ação do psicólogo, ao mediar espaços de fala, reflexão e fortalecimento subjetivo, não apenas promove saúde mental e coletiva, mas também concretiza a defesa e a promoção dos direitos humanos, pilares fundamentais de sua atuação ética e socialmente responsável.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu compreender, com maior profundidade, as múltiplas dimensões que atravessam a vida e o trabalho dos catadores de materiais recicláveis de uma cooperativa. A partir da análise das práticas cotidianas, das condições de trabalho e das experiências subjetivas relatadas pelos participantes, foi possível evidenciar as tensões e contradições que marcam essa atividade. Embora a cooperativa constitua um espaço essencial para a geração de renda e inserção social, ela também expõe seus trabalhadores a diversas situações de vulnerabilidade, como a precariedade estrutural, a ausência de equipamentos de proteção adequados e a insuficiência de políticas públicas de amparo.

REFERÊNCIAS

- ANCAT. (2024, julho 25). *Ao lado do MNCR e UNICATADORES, ANCAT discute fim da importação de cacos de vidro para desenvolver LR e valorizar catadores*. <https://ancat.org.br/ao-lado-do-mn-cr-e-unicatadores-ancat-discute-fim-da-importacao-de-cacos-de-vidro-para-desenvolver-lr-e-valorizar-catadores/>
- Bosi, A. de P. (2008). A organização capitalista do trabalho “informal”: o caso dos catadores de recicláveis. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(67), 101–116. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092008000200008>
- Furtado, O. (2011). O psiquismo e a subjetividade social. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia* (5ª ed., pp. 75–113). Cortez.
- Lima, C. M. G. de, Dupas, G., Oliveira, I. de, & Kakehashi, S. (1996). Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(1), 21–30. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000100003>
- Mattos, C. L. G. (2011). A abordagem etnográfica na investigação científica. In C. L. G. Mattos & P. A. Castro (Orgs.), *Etnografia e educação: conceitos e usos* (pp. 49–83). EDUEPB. <http://books.scielo.org>
- Rodrigues, S., & Sousa, L. (2013). Emergência nas atividades colaborativas na intervenção com famílias vulneráveis. In C. Rivero, L. Sousa, P. Grilo, & S. Rodrigues (Orgs.), *Manual: Práticas colaborativas e positivas na intervenção social* (pp. 16–29). EAPN Portugal / Núcleo Distrital de Leiria.
- Santos, L. dos R. S. (2021). Estado e classes sociais: uma imbricada e contraditória relação. *Revista Katálisis*, 24(1), 99–108. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e74021>
- Sousa, R. R., Pereira, R. D., & Calbino, D. (2021). Limites e desafios das organizações de catadores: uma análise da ASMARE.

Interações (Campo Grande), 22(2), 583–596. <https://doi.org/10.20435/inter.v22i2.2404>

Sousa, R. R., Pereira, R. D., & Calbino, D. (2019). Memórias do lixo: Luta e resistência nas trajetórias de catadores de materiais recicláveis da ASMARE. *READ. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, 25(3), 223–246. <https://doi.org/10.1590/1413-2311.250.92258>

United Nations. (1948, December 10). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Velloso, M. P., Santos, E. M. dos, & Anjos, L. A. dos. (1997). Processo de trabalho e acidentes de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(4), 693–700. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000400012>



Debora Lorena dos Santos Silva

Graduanda em Psicologia, integrando a ênfase em Psicologia, Trabalho e Instituições, no Centro Universitário de Ourinhos, vinculado à Fundação Educacional Miguel Mofarrej, em Ourinhos, São Paulo, Brasil.

Email: silvadebora0404@gmail.com



Gabriely Bontempo de Oliveira

<https://orcid.org/0009-0001-0869-4479>

Graduanda em Psicologia, integrando a ênfase em Psicologia, Trabalho e Instituições, no Centro Universitário de Ourinhos, vinculado à Fundação Educacional Miguel Mofarrej, em Ourinhos, São Paulo, Brasil. Possui experiência em estágios vinculados à assistência social e a

instituições educacionais; atualmente desenvolve um estágio extracurricular no Tribunal de Justiça de São Paulo, na área de Psicologia Jurídica. Participou de projetos de extensão, entre eles Mapeamento territorial do sofrimento psíquico em Ourinhos. Suas linhas de interesse compreendem a Psicologia Sócio-Histórica, a Análise Institucional, os processos de subjetivação psicossocial e determinados enfoques psicanalíticos. Além disso, participa de pesquisas relacionadas a essas áreas, com resumos e artigos publicados em eventos científicos. Sustenta sua prática profissional na defesa dos direitos humanos e concebe a Psicologia como um campo crítico, transformador e comprometido com a realidade social.

Email: gaby.bontempooo@gmail.com



Luciano Rodrigues Ferreira Filho

<https://orcid.org/0000-0003-1547-9301>

Graduação em Psicologia Clínica e Organizacional pelo Centro Universitário de Ourinhos/UNIFIO, graduação em Pedagogia pela Faculdade União Cultural do Estado de São Paulo, mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e é doutorando em Pesquisa e

Desenvolvimento em Biotecnologia Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP). Atua como docente no Centro Universitário de Ourinhos/UNIFIO e no Centro de Ensino "Eliska Sedlák" da Santa Casa de Ourinhos/SP, além de pesquisador na PUC/SP (NUTAS). Com experiência internacional em instituições como a New School for Social Research (NY/EUA), East Side Institute (NY/EUA), University of Macau e Universidad de Chile, possui atuação interdisciplinar que integra Psicologia, Biotecnologia, Ciência de Dados e Inteligência Artificial. Desenvolve pesquisas em machine learning, visão computacional para detecção de emoções, análise de dados em saúde mental e aplicações de big data em estratégias de prevenção e intervenção biográfica. Tem ampla experiência em metodologias quantitativas e qualitativas, atuando principalmente nos temas: tecnologia, data science, biotecnologia, políticas públicas, saúde mental e trabalho.

Email: lufrfilho@gmail.com

**DESDE LA SALUD PÚBLICA A LA SALUD COLECTIVA EN
OAXACA, MÉXICO: APORTES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE
POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRALES EN SALUD, PARA EL PERIODO
2025-2028**

Erick Azamar Cruz.

María Beatriz del Valle Taboada

Donovan Casas Patiño

Alejandra Rodríguez Torres

Luis Enrique Hernández Gamundi

RESUMEN

Se analiza el impacto de la Salud Colectiva en la Salud Pública de Oaxaca, México, en el contexto de la transición al modelo del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Bienestar). Del análisis y recorrido histórico, se destaca la importancia del enfoque integral que considere los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, el acceso a servicios básicos y la cultura. Asimismo, se aborda el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte, promoviendo una atención integral y culturalmente adecuada, con la participación de actores clave del gobierno, profesionales y comunidad, fortaleciendo las Redes Integradas de Servicios de Salud en el estado. De los desafíos, se destacan la fragmentación del sistema de salud, la falta de coordinación entre instituciones y la escasez de infraestructura en comunidades marginadas. Lo que lleva a proponer el fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud, integrar la medicina tradicional, mejorar la capacitación del personal de salud y desarrollar sistemas de información eficaces. La implementación de políticas sociosanitarias con la perspectiva de la Salud Colectiva en Oaxaca puede mejorar la equidad en salud, reducir brechas de acceso y garantizar una atención más integral y

sostenible para la población. La Salud Colectiva brinda lo necesario para el derecho a la salud.

Palabras clave: Salud Colectiva, Oaxaca, Políticas públicas en salud, Determinantes sociales de la salud y Atención Primaria a la Salud.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva de la Salud Colectiva (SC) en la Salud Pública (SP) es clave para el fortalecimiento de las políticas de salud en México, ya que ofrece un enfoque integral y multidimensional para abordar los problemas de salud que afectan a la población. Este enfoque, va más allá de la atención individual de pacientes, reconociendo la interdependencia de los factores sociales, económicos, culturales y ambientales que inciden en la salud de las personas. Al poner énfasis en la SC, se promueve la idea de que la salud es un bien común que depende de las condiciones de vida de la comunidad, el acceso a servicios de salud, la educación, el entorno laboral, la calidad del agua, el aire y otros determinantes sociales (Casallas, 2017).

La SC cobra especial relevancia en el contexto mexicano, donde existen disparidades significativas en el acceso a servicios de salud entre diferentes regiones y grupos sociales. Tales como en poblaciones en condiciones de pobreza, áreas rurales de difícil acceso, personas que viven con discapacidad, entre otros (Gutiérrez, 2019).

Desde el enfoque de la SC, se pueden identificar y abordar las causas estructurales de los problemas de salud, como la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a servicios adecuados, buscando soluciones que beneficien a la población en su conjunto. Además, la SC favorece a la participación de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud, promoviendo la corresponsabilidad entre la ciudadanía, los profesionales de salud y los gobiernos.

Esto facilita la creación de políticas más inclusivas, equitativas y sostenibles, que responden de manera más efectiva a las necesidades de las personas, respetando sus contextos específicos y promoviendo un enfoque preventivo y de promoción de la salud.

El fortalecimiento de las políticas públicas en salud (PPS) en México, bajo el paradigma de la SC, también fomenta la intersectorialidad, es decir, la colaboración entre distintos sectores, como la educación, la vivienda, el transporte y el trabajo, para crear entornos más saludables. Esto incrementa la eficacia de las intervenciones y se disminuyen las inequidades en salud, mejorando la calidad de vida de toda la población (Cunill-Grau, 2014).

Es por ello que, la SC es esencial para el diseño y la implementación de PPS, que va más allá del tratamiento de enfermedades y sus factores de riesgo, enfocándose en la prevención, la equidad y el bienestar de la población en su conjunto social.

Oaxaca, uno de los estados con mayor diversidad étnica y cultural en México, enfrenta desafíos significativos en materia de SP debido a la pobreza, el acceso limitado a servicios de salud, la dispersión geográfica y las barreras culturales.

La transición del sistema nacional de salud hacia el modelo MAS Bienestar, sumado a la necesidad de fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), busca abordar estos desafíos y garantizar una cobertura universal, especialmente en las comunidades más vulnerables. Bajo contexto, la SC puede tener un impacto positivo en la salud pública de Oaxaca, mejorando la calidad de vida de las personas y reduciendo las inequidades en salud.

Con base a lo expuesto, los objetivos planteados fueron:

Objetivo general:

Innovar las políticas públicas de salud en Oaxaca, México incorporando el enfoque de determinación social de la salud, desde una perspectiva crítica, participativa, intercultural y emancipadora,

que atienda las causas estructurales de la desigualdad en salud, ante la transición a los Servicios de Salud IMSS Bienestar, 2025-2028.

Objetivos específicos:

- Realizar un recorrido histórico de los modelos de salud y redes integradas de servicios de salud en el contexto mexicano.
- Analizar el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte en Oaxaca México, basado en el modelo conceptual de salud colectiva.
- Describir estrategias para la inclusión de la salud colectiva en la implementación de políticas públicas basadas en Redes Integradas de Servicios de Salud en el estado de Oaxaca, para el plan de trabajo 2025-2028.

MARCO TEÓRICO (ESTADO DEL ARTE)

EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

El sistema de salud en México ha evolucionado en respuesta a las transformaciones sociales, políticas y económicas del país.

Hasta la década de los 70, predominaba un enfoque curativo y médico, centrado en el tratamiento de enfermedades más que en la prevención. El acceso a los servicios de salud estaba altamente segmentado y condicionado por el nivel socioeconómico de la población, lo que generaba importantes inequidades en la atención (Laurell, 2016).

En las zonas urbanas, la atención médica era principalmente curativa y hospitalaria, mientras que en las zonas rurales se carecía de infraestructura adecuada, y muchas comunidades dependían de la medicina tradicional como único recurso de salud (Menéndez, 2005).

A partir de la década del 70's, el sistema de salud mexicano ha transitado por distintas etapas marcadas por reformas

institucionales orientadas a la descentralización, la universalización del acceso y la incorporación de esquemas de financiamiento mixtos.

Ejemplo de ello, fue la creación del Seguro Popular a inicios del siglo XXI, como parte de la reforma estructural que pretendía ampliar la cobertura a sectores no afiliados a seguridad social (Frenk, 2006). Sin embargo, estas reformas han sido ampliamente debatidas por su enfoque mercantilista, su limitada efectividad para reducir las desigualdades estructurales y su falta de articulación con modelos comunitarios o interculturales de salud (Laurell, 2015; Breilh, 2021). Durante la década de los 80's, se consolidó el enfoque de la SP, influido por las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), especialmente a partir de la Declaración de Alma-Ata de 1978. Este modelo puso énfasis en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, incorporando acciones como la vacunación universal, la educación sanitaria, el saneamiento básico y la mejora de las condiciones de vivienda y acceso al agua potable, con el objetivo de reducir las desigualdades sociales en salud (Laurell, 2016).

En ese contexto, México impulsó la Reforma de Salud de 1984, cuyo propósito fue avanzar hacia la integración de los servicios de salud mediante la creación del Sistema Nacional de Salud, en un esfuerzo por coordinar a las instituciones públicas y ampliar la cobertura hacia un modelo de salud más universal (Secretaría de Salud, 2007). Durante la década de los 90's, el sistema de salud mexicano se orientó hacia un modelo centrado en el paciente en respuesta a las crecientes demandas de eficiencia, calidad y humanización de los servicios. Este nuevo enfoque reconoció la importancia de atender no solo enfermedades agudas, sino también condiciones crónicas, enfatizando tanto en la gestión de enfermedades no transmisibles como en la participación del paciente en su propio proceso de atención.

En el siglo XXI, México ha intentado avanzar hacia la universalización de la salud con el objetivo de garantizar cobertura médica a toda la población, en especial a los sectores históricamente

excluidos del sistema, como trabajadores informales y personas sin seguridad social (Frenk, 2006). Este esfuerzo se materializó con la implementación del Seguro Popular, orientado a ampliar el acceso a servicios básicos mediante un esquema público de financiamiento. Sin embargo, este modelo fue objeto de críticas por su carácter fragmentado, su enfoque centrado en paquetes mínimos de atención y su incapacidad para resolver las desigualdades estructurales. En 2012, se impulsó una nueva reforma que buscaba mejorar la continuidad de la atención, aumentar la calidad y eficiencia en el uso de recursos, fortalecer la APS como eje central de la prevención. No obstante, no se han traducido en equidad: persisten profundas disparidades en el acceso a servicios de calidad, particularmente en regiones rurales, indígenas y marginadas (Gutiérrez, 2019).

Actualmente, el sistema de salud mexicano es mixto, compuesto por un sector público y otro privado.

El sector público se caracteriza por una alta fragmentación institucional que incluye organismos como la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) —en sus regímenes ordinario y Bienestar—, el ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, el DIF y el nuevo Organismo Público Descentralizado IMSS-Bienestar, ahora denominado Servicios de Salud del IMSS Bienestar (SS IMSS-B).

Esta diversidad de instituciones con poblaciones beneficiarias distintas ha generado duplicidades, ineficiencias administrativas y brechas de atención. Por otro lado, el sector privado cumple un papel relevante en la oferta de servicios de salud, principalmente dirigido a personas con capacidad de pago o afiliadas a seguros médicos privados. Este sector concentra una infraestructura amplia y moderna que presta servicios de atención general y especializada en los tres niveles de atención. Aunado a lo anterior, persisten enfoques institucionales que, aunque reconocen los determinantes sociales de la salud, los abordan desde un paradigma epidemiológico limitado, centrado en factores de riesgo individuales y no en procesos sociales estructurales (Breilh, 2006; Hernández-

Girón, 2012). Esta visión fragmentada impide una comprensión holística del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, y restringe la implementación de acciones efectivas orientadas a transformar las condiciones colectivas que afectan la salud. En consecuencia, el sistema continúa operando bajo un paradigma biomédico curativo que prioriza la contención de la enfermedad por encima de estrategias emancipadoras y preventivas.

Mientras esta lógica persista, las políticas de salud en México seguirán ancladas a modelos paliativos, incapaces de enfrentar la raíz estructural de las desigualdades sanitarias.

En octubre de 2023, el Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS-Bienestar firmó con 23 entidades federativas —entre ellas Oaxaca— el Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2023).

Este acuerdo tiene como propósito consolidar un sistema de salud público único a través de la transferencia de las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención —hasta entonces administradas por los Servicios Estatales de Salud— al OPD IMSS-Bienestar.

El objetivo de garantizar la continuidad de la atención médica con carácter gratuito, universal y preventivo, particularmente para la población sin seguridad social (Santacruz-Varela, 2025). Sin embargo, 9 (nueve) estados no suscribieron el acuerdo —en su mayoría por razones políticas e ideológicas y partidos de oposición—. Evidenciando cómo la polarización partidista puede obstaculizar PPS con potencial de impacto colectivo, subordinando el interés general a disputas de poder político.

Esta situación plantea un dilema importante para el futuro del sistema de salud mexicano como lo es “la necesidad de fortalecer un modelo de atención universal, pública y territorialmente integrado, sin que las filias políticas interfieran en el ejercicio efectivo del derecho a la salud”.

MODELOS DE SALUD EN MÉXICO

A partir de la Declaración de Alma-Ata en 1978, y de la propuesta de un modelo integral, preventivo, participativo e intersectorial, orientado a garantizar el derecho a la salud con equidad (OPS, 2008), el sector salud en México ha transitado por diversos modelos de atención inspirados en la APS —aunque con adaptaciones condicionadas por los contextos políticos y económicos de cada etapa—. Las reformas emprendidas desde la década de 1980 han modificado profundamente la estructura organizativa, financiera, administrativa y prestadora del sistema, marcadas por un giro hacia la descentralización, la focalización de servicios y la introducción de mecanismos de mercado (Laurell, 2016). Este proceso refleja en gran medida la influencia del pensamiento neoliberal, que ha promovido la mercantilización progresiva de los servicios de salud, debilitando su carácter público y universal. Como resultado, los modelos de salud adoptados han oscilado entre enfoques asistenciales, tecnocráticos y orientados a resultados, dejando de lado las dimensiones sociales, colectivas y estructurales del proceso salud-enfermedad (Breilh, 2006).

En un primer momento se creó el Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta (MASPA) que se inició en 1985 y se reforzó en 1995.

Después, se impulsó el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) el cual se elaboró durante el sexenio 2000-2006. Sin embargo, su implementación no fue sino hasta el año 2012 (en el cual se afirma que no era sustitución del MASPA, sino un reforzamiento del modelo inicial).

En el año 2015 se adoptó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) elaborado por la Secretaría de Salud.

Posteriormente la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI). En el año 2020 surge el Modelo de Salud para el Bienestar (Modelo-SABI) dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la APS, el cual sería sustituido por el Modelo de

Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) (DOF 25/10/2022).

Como consecuencia de la desaparición del INSABI y el Decreto de creación del Organismo Público Descentralizado (OPD) denominado Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) (DOF 31/08/2022).

Cada modelo de salud se construye sobre principios, valores y estrategias que, al menos en el plano teórico, buscan alcanzar la cobertura universal y reducir las desigualdades entre poblaciones con y sin acceso a la seguridad social.

De acuerdo con la clasificación evolutiva de la salud pública propuesta por Susser y Susser (1996), el modelo actual en México puede ubicarse dentro del paradigma eco-epidemiológico, el cual reconoce la influencia de los determinantes sociales de la salud y propone intervenciones dirigidas tanto a individuos como a poblaciones, enfocadas en la modificación de estilos de vida y factores ambientales.

No obstante, este enfoque ha mostrado un impacto limitado en la mejora del estado de salud poblacional al centrarse en factores de riesgo sin atender las causas estructurales de la desigualdad.

Además, el modelo omite un reconocimiento explícito a actores clave del sistema, como los profesionales de la salud, quienes enfrentan precariedad laboral, flexibilización excesiva y regulaciones desactualizadas. Estas condiciones obstaculizan directamente una práctica clínica integral y contextualizada.

Por otro lado, la gran diversidad cultural no es considerada en las respuestas institucionales, lo que limita la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. Siguiendo Rovere (2012), es una tendencia común en los países desarrollados referir a la APS en discursos sanitarios. Sin embargo, las implementaciones de las propuestas se encuentran alejadas de las originales declaradas en Alma Ata, y en México no es la excepción. Lo que se observa en los objetivos estratégicos de cada modelo antes comentado, y que pone de manifiesto la necesidad de realizar este análisis en una entidad

tan diversa y compleja como la oaxaqueña y en un sistema de salud fragmentado y segmentado como el mexicano.

El modelo vigente, descrito en el Plan Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024, está basado en cinco objetivos prioritarios, de los cuales se desprenden 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales, establece estrategias y acciones encaminadas a alcanzar los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 y de manera global describió como ejes principales de su actuación los siguientes:

1. Mejora de la eficiencia, efectividad y calidad de los procesos del Sistema Nacional de Salud.
2. Mejora de la protección de la salud de manera integral, con prioridad en la prevención y sensibilización de los riesgos a la salud.
3. Incremento de la infraestructura de las instituciones del sector.
4. Aumento de la capacidad humana para la atención de la población.
5. Garantía de la eficacia de las estrategias, programas y acciones de salud pública.

Es fundamental reconocer que el modelo teórico del PSS se basa en la garantía de protección en salud, con acceso universal y la articulación de todas las instituciones del sistema público de salud. Esto busca generar un cambio profundo mediante el trabajo colaborativo entre directivos y trabajadores de la salud. En el proceso de construcción de las RISS, se prevé una coordinación estrecha entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE —principalmente a nivel regional— para complementar servicios, ubicar atención médica accesible en todos los estados y regiones.

Por otro lado, el gobierno federal, que asumió en diciembre de 2024, define como metas sectoriales para el sexenio: 1) priorizar la promoción de la salud; 2) elevar la calidad de la atención médica; 3)

fortalecer el IMSS-Bienestar; 4) garantizar medicamentos en todas las clínicas; y 5) modernizar e integrar las instancias del sector. Estas prioridades, que se desglosarán en el PSS 2025-2030, integran la determinación social de la salud, con énfasis en la participación comunitaria y la atención primaria culturalmente pertinente.

A pesar de que muchos modelos de protección social en salud se inspiran en los principios de la APS, en la práctica siguen siendo predominantemente teóricos y contruidos desde una lógica epidemiológica centrada en la carga de la enfermedad y las transiciones demográfica y epidemiológica. Incluso aquellos que incluyen una perspectiva de determinantes sociales, suelen traducirse en políticas públicas verticales y fragmentadas sin una visión integral del proceso salud-enfermedad. Estos enfoques, tienden a omitir la interrelación entre la salud, el entorno y los cuidados a lo largo de todo el curso de vida, incluyendo el final de la vida.

Así, persiste una hegemonía del modelo biomédico curativo, que prioriza la expansión de la infraestructura médica en los tres niveles de atención, con el objetivo de “atender” enfermedades, en lugar de prevenirlas o abordarlas desde una perspectiva comunitaria, social y ecológica (Breilh, 2006; Menéndez, 2007).

Aunque el enfoque de determinantes sociales promovido por la OMS ha contribuido a visibilizar las condiciones que influyen en la salud, su aplicación tiende a ser técnica y focalizada, sin cuestionar los modelos económicos y políticos que perpetúan la desigualdad.

En contraste, el enfoque de determinación social de la salud, propuesto por la Salud Colectiva Latinoamericana, ofrece una mirada crítica e integral que entiende la salud como un proceso social e histórico, profundamente vinculado con las condiciones de vida, el territorio, la autonomía y la organización colectiva. En consecuencia, los sistemas de salud siguen promoviendo una lógica centrada en la atención individual y hospitalaria sin responder de forma efectiva a las complejidades del bienestar colectivo, los cuidados integrales ni a las realidades socioculturales de las comunidades.

CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA EN OAXACA

Oaxaca presenta profundas desigualdades en salud, derivadas de su compleja configuración histórica, geográfica, étnica y económica. Cerca del 40% de su población pertenece a comunidades indígenas y rurales, las cuales enfrentan condiciones persistentes de pobreza multidimensional, exclusión social, racismo estructural y limitado acceso a servicios básicos (CONAPO, 2020; INEGI, 2021). Estas condiciones impactan de manera directa en los procesos de salud-enfermedad y en la calidad de vida de las poblaciones.

Las PPS tradicionales, basadas en un enfoque biomédico y centradas en la atención individual de factores de riesgo, han resultado insuficientes para transformar estas realidades; ya que no abordan las causas estructurales de la enfermedad, ni incorporan las particularidades socioculturales, territoriales y lingüísticas del estado, lo cual limita su efectividad.

En respuesta a los lineamientos federales recientes, el sistema de salud en Oaxaca ha experimentado diversas reformas. La más reciente es la transferencia de los servicios estatales de salud al Organismo Público Descentralizado IMSS-Bienestar (SS IMSS-B), proceso que inició en 2024.

Esta transición, enmarcada en el Modelo de Atención MAS-Bienestar, busca proporcionar atención médica gratuita a personas sin seguridad social, priorizando las regiones con mayores carencias (Secretaría de Salud, 2023). El modelo contempla también el desarrollo y fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con el objetivo de ofrecer una atención continua, coordinada y territorialmente articulada.

No obstante, el éxito de estas reformas dependerá en gran medida de su capacidad para incorporar una participación comunitaria real, así como una lectura contextual del territorio. Por ello, la incorporación de un enfoque de SC en las PPS en Oaxaca es no solo pertinente, sino urgente. La entidad cuenta con bases comunitarias sólidas, experiencias en salud intercultural y una

reconocida tradición de organización social, que representan oportunidades clave para construir un modelo de atención más justo, participativo y emancipador. (Breilh, 2007). Implica construir políticas públicas transformadoras, centradas en la equidad, la interculturalidad y los derechos colectivos, que respondan a las necesidades reales del territorio oaxaqueño y dignifiquen la atención en salud para todas y todos.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

Durante la década de 1950, la SSA estableció en México la conformación de los denominados Distritos Sanitarios, con el objeto de mejorar la organización y administración de sus servicios. Posteriormente se transformaron en lo que ahora conocemos como Jurisdicciones Sanitarias (JS) (actualmente 248 a nivel nacional), y constituyeron la base para la conformación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). En el año 2007, la Organización Panamericana de la salud (OPS) lanzó la iniciativa de RISS, como una estrategia para hacer frente a los problemas de la fragmentación de los servicios de salud y de alguna manera superar los que son de carácter estructural, originados por la segmentación de los sistemas de salud en los países de la región; siendo esta estrategia uno de los grandes cambios al transitar en México del MASP (SILOS) al MIDAS (RISS). La Organización define las RISS como:

conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS, 2010).

Las RISS representan la expresión operativa del abordaje de APS en los servicios de salud. Su objetivo es materializar elementos esenciales como: ser el primer contacto de la población con los

servicios; ofrecer atención integral y continua; brindar cuidados apropiados con orientación familiar y comunitaria; y ampliar la oferta de servicios integrales y de calidad hacia la salud universal. Así, el hospital deja de concebirse como la cúspide de una pirámide jerárquica y especializada (Artaza, 2018).

RISS EN OAXACA

Desde el 2010, a partir de la propuesta de la construcción de SILOS, se comenzó la georreferenciación de todas las unidades de salud de Oaxaca, para conformar las RISS; y en el 2012, se presentó el Plan Sectorial para la operación de RISS en el estado de Oaxaca (Tenorio, 2012). En el cual se proyectaron la instalación de 10 redes interinstitucionales de servicios en las seis jurisdicciones sanitarias del estado de Oaxaca, en el periodo julio 2012 - marzo 2013, y una red metropolitana para el Hospital Civil “Dr. Aurelio Valdivieso”. Esta última con alto énfasis en la atención de la salud materna. La entidad oaxaqueña cuenta, desde 2022, con 42 RISS conformadas y funcionando, que incluyen unidades de todas las instituciones que conforman el sector salud. Sin embargo, con el proceso de transferencia de las unidades de salud (primero, segundo y tercer niveles de atención) pertenecientes hasta el 2024 a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), al nuevo organismo SS IMSS B, existe incertidumbre en los procesos de operación de las mismas. Así como en el suministro de insumos, medicamentos y demás requerimientos para el otorgamiento de la atención médica y, por consiguiente, la operatividad de las RISS, siendo que el modelo sí las describe.

El proceso de instalación implicó la capacitación al personal médico y de enfermería operativo de cada RISS en temas prioritarios tales como referencia de pacientes, promoción para la salud, salud materna, entre otros.

Asimismo, a directivos de unidades médicas (centros de salud y hospitales) y autoridades municipales (presidentes, agentes, comités de salud) con el fin de que coadyuvaran en la operación de las mismas.

La SC viene a ser la oportunidad de fortalecer la implementación efectiva del modelo de salud del IMSS Bienestar y las RISS, adaptándolo a las particularidades de las comunidades de Oaxaca, dependiendo en gran medida de la implementación en territorio.

Es importante señalar que el reto es mayúsculo para el gobierno estatal en cuanto a la consolidación de un sistema de salud efectivo con enfoque universal; con acceso efectivo calidad de la atención; fortalecimiento del capital humano; y, sobre todo, ponderando la APS como el eje principal del modelo. Por lo que es necesario entonces reconocer la multidimensionalidad del proceso salud-enfermedad que atienda las causas estructurales y no los síntomas. A esto se le suma que, en los últimos años, en Oaxaca, la definición de los tomadores de decisiones en puestos clave para el sistema de salud, no se basa en la formación técnica, conocimiento del estado y experiencia, sino en consideraciones políticas y acuerdos diversos.

Como resultado, el sistema estatal de salud enfrenta una grave crisis para la planeación estratégica. Lo que dificulta una ruta clara a largo plazo, que fortalezca un sistema de salud integral y con enfoque de SC.

METODOLOGÍA

Diseño cualitativo de tipo teoría fundamentada.

PROPUESTA

SALUD COLECTIVA: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA LA SALUD PÚBLICA

La SC se distingue de los enfoques tradicionales de salud por su visión integral y multidimensional. A diferencia de la salud individual que se enfoca principalmente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

La SC aborda los determinantes sociales de la salud, tales como la pobreza, la educación, el entorno ambiental y las condiciones laborales desde la determinación social (procesos históricos y poder) (Gómez, 2020).

En este sentido, la SC no solo se limita a la atención médica, sino que incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación activa y protagónica de la comunidad en el cuidado de su bienestar que transforme las condiciones de vida y no solo reduzca las enfermedades.

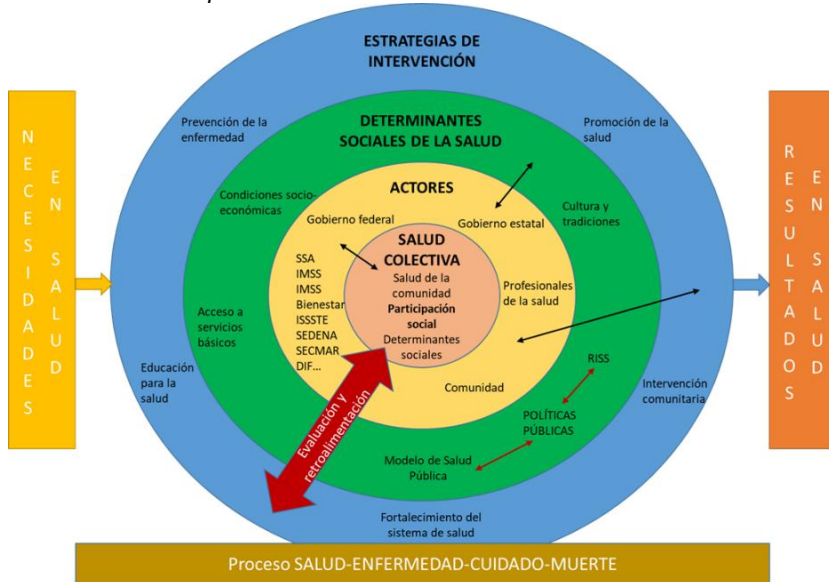
En el caso de Oaxaca, la determinación social juega un papel crucial en la salud de la población y la SC puede ser un modelo eficaz para abordar estos determinantes y mejorar los resultados de salud, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad (OMS, 2021).

MODELO CONCEPTUAL DE SALUD COLECTIVA

Derivado de lo anterior, y en esta encrucijada política resultante del cambio de gobierno federal, la transferencia de las unidades médicas de los SSO a los SS IMSS B y la ausencia de un Plan Estatal de Salud en Oaxaca —a más de dos años de iniciado el gobierno actual—, se concibe el siguiente modelo conceptual del sistema de salud basado en SC como guía metodológica para la integración de políticas públicas estatales. Atendiendo la determinación social de la salud de manera integral y continuada ante la transición del sistema de salud.

Se trata de sintetizar en la Figura 1.

Figura 1.
Modelo conceptual del sistema de salud basado en salud colectiva



Esquema elaborado por Erick Azamar Cruz, 2025.

Este modelo debe ser dinámico, pues la SC está en constante evolución y responde a las necesidades cambiantes de las comunidades. Se describe el mismo a continuación:

En el Centro: Enfoque en la Salud Colectiva

- **Salud Colectiva:** aquí, la SC se concibe como un enfoque integral que considera la salud de la comunidad, la participación social y la intervención en los determinantes sociales de la salud.

Primera Capa: Actores Principales

Alrededor del círculo de salud colectiva, se sitúan los actores clave que interactúan en este modelo:

- Gobiernos federal y estatal: establece políticas públicas, financiamiento y marcos normativos (Secretaría de Salud, IMSS, IMSS Bienestar, ISSSTE, SEDENA, etc.).
- Sistema de atención médica: incluye hospitales, centros de salud y unidades médicas del sector salud y otros actores involucrados en la prestación de servicios.
- Comunidad y participación social: el componente crucial de la SC. Los ciudadanos son parte activa del modelo, participan en la promoción de la salud, prevención y acciones comunitarias.
- Profesionales de la salud: médicos, enfermeras, promotores de salud, trabajadores sociales y otros profesionales que trabajan tanto en atención como en prevención y educación en salud.

Segunda Capa: Determinantes sociales de la Salud

Alrededor de los actores, se encuentran los determinantes sociales que influyen la salud colectiva:

- Condiciones socioeconómicas: pobreza, nivel educativo, acceso al empleo y condiciones laborales.
- Acceso a servicios básicos: agua potable, vivienda digna, saneamiento y otros factores ambientales que afectan la salud.
- Cultura y tradición: en el contexto de Oaxaca y otras regiones, las prácticas de medicina tradicional y los conocimientos locales sobre salud son parte fundamental del sistema.
- Políticas públicas: marco normativo y las leyes que garantizan el acceso a la salud y la distribución de recursos de manera equitativa, y su interacción con el modelo de salud basado en RISS.

Tercera capa: Estrategias de Intervención

En esta capa se pueden mostrar las estrategias que son aplicadas para mejorar la SC:

- **Prevención:** programas de prevención de enfermedades como el control de enfermedades crónicas no transmisibles, prevención de enfermedades infecciosas y campañas de vacunación.

- **Promoción de la salud:** educación en salud, actividades de sensibilización sobre hábitos saludables y condiciones de vida digna.

- **Intervención comunitaria:** estrategias de salud comunitaria como brigadas médicas, promotores de salud comunitarios y el fortalecimiento de redes de apoyo local.

- **Fortalecimiento del sistema de salud:** capacitación de personal, mejora de la infraestructura y establecimiento de RISS.

Conexión entre Capas

- **Interacción y *feedback*:** las flechas entre los actores principales, los determinantes sociales y las estrategias de intervención ilustran cómo interactúan entre sí. Los actores y las políticas públicas influyen directamente en los determinantes sociales y las estrategias de intervención, que a su vez impactan en la salud de la comunidad.

- **Evaluación y retroalimentación:** es crucial que el sistema cuente con mecanismos de monitoreo y evaluación para ajustar las políticas y estrategias basadas en resultados. Esto implica también el seguimiento de indicadores de salud a nivel comunitario y estatal.

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO MUERTE

El proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte es un ciclo integral que refleja las diversas fases de la vivencia de la salud y la enfermedad en un individuo o comunidad. Este ciclo debe ser abordado en su totalidad dentro de un modelo de SC, que se basa en la idea de que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino el resultado de una serie de determinantes sociales, económicos y culturales que afectan a las comunidades y la salud no solo depende de los servicios médicos, sino también de los factores sociales,

económicos y ambientales, haciendo énfasis en un enfoque integral y comunitario de la SP. Por ello, el fortalecimiento de las RISS busca promover un enfoque holístico y preventivo, articulando los diversos niveles de atención para dar respuestas efectivas en cada una de las fases del ciclo salud-enfermedad.

PROPUESTA DE ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN PARA LA INCLUSIÓN DE LA SC EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN OAXACA

Con base a lo planteado y analizado, se proponen una serie de estrategias con líneas de acción para la consideración de los tomadores de decisiones y su inclusión en la elaboración del Plan Sectorial de Salud del estado, o en su caso en la planificación estratégica por los SS IMSS B, que describen en la siguiente tabla.

Tabla 1.
Estrategias, objetivos y líneas de acción propuestas para el estado de Oaxaca

Ejes estratégicos	Objetivo	Líneas de acción
1. Reorientación Epistemológica del Modelo de Salud	Superar el enfoque biomédico fragmentado, integrando una visión crítica, histórica y social del proceso salud-enfermedad.	- Incorporar el enfoque de determinación social de la salud en planes y programas estatales de salud. - Desarrollar procesos de formación crítica en salud colectiva para personal de salud, tomadores de decisiones y líderes comunitarios. - Fomentar la producción de conocimiento desde la epidemiología crítica, la

		medicina social y la interculturalidad.
2. Fortalecimiento de la Participación Comunitaria Protagónica	Recuperar el papel de las comunidades como sujetos activos en la construcción de su salud.	- Crear y consolidar Consejos Comunitarios de Salud Intercultural, con poder vinculante en el diseño, implementación y evaluación de políticas. - Establecer mecanismos para que las comunidades rurales, indígenas y afromexicanas decidan sobre el destino de recursos en salud en sus territorios. - Impulsar la formación de promotores/as de salud colectiva, con enfoque en derechos, territorio y organización.
3. Intersectorialidad Crítica y Justicia Territorial	Articular políticas públicas que intervengan de manera estructural sobre los determinantes sociales de la salud.	- Establecer mesas intersectoriales regionales, integrando salud, educación, vivienda, alimentación, transporte, medio ambiente y justicia. - Garantizar infraestructura básica digna (agua potable, saneamiento, caminos rurales, conectividad) como parte del derecho a la salud.

		- Defender el derecho al territorio y la autonomía comunitaria, especialmente en pueblos indígenas frente a megaproyectos extractivistas.
4. Reconocimiento de los Saberes y Prácticas Médicas Tradicionales	Integrar y respetar los sistemas de salud tradicionales como parte de un modelo intercultural emancipador.	- Establecer un registro público y normativo no punitivo de parteras, curanderos, hueseros, y otros agentes tradicionales. - Generar espacios de diálogo horizontal y mutuo reconocimiento entre medicina occidental y saberes comunitarios. - Financiar proyectos comunitarios de salud ancestral con presupuesto estatal.
5. Monitoreo Crítico, Transparente y Comunitario de la Salud	Evaluar las políticas de salud desde criterios de justicia social, equidad y autonomía comunitaria.	- Desarrollar indicadores alternativos de salud colectiva, incluyendo bienestar subjetivo, autonomía, resiliencia, arraigo y organización comunitaria. - Establecer observatorios comunitarios de la determinación social, que documenten y visibilicen

		las causas estructurales de la enfermedad. - Fomentar investigación-acción participativa con universidades, centros de salud y organizaciones sociales.
--	--	--

Fuente: Esquema elaborado por Erick Azamar Cruz, 2025.

Estas estrategias buscan consolidar un sistema de salud colectivo, inclusivo y holístico, en el que se reconozca el papel fundamental de los determinantes estructurales y de la medicina tradicional; caracterizando cada RISS, y haciendo que cada una de ellas otorgue los soportes necesarios de acuerdo con las necesidades locales.

Al integrar estos, se lograría un abordaje integral del proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte, promoviendo un acceso efectivo a la salud para todos los grupos sociales, respetando sus contextos culturales y mejorando la calidad de vida de la población.

AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS BASADAS EN SALUD COLECTIVA

A pesar de los desafíos, algunos avances significativos se han logrado en la implementación del PP basadas en SC en Oaxaca. Los SS IMSS B, es ahora quien proporciona atención médica gratuita a las poblaciones no aseguradas, con cobertura en las zonas rurales e indígenas; integra el enfoque preventivo y de promoción de la salud, alineándose con los principios de la SC (López, 2020).

Asimismo, la conformación de las RISS ha permitido una mayor coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud. Ya que estas buscan que los pacientes reciban atención continua. Desde la prevención hasta la atención especializada. Además, se han implementado con un enfoque de salud comunitaria. Lo que ha

contribuido a mejorar la accesibilidad de los servicios en las áreas más apartadas de Oaxaca (Torres, 2022).

Uno de los mayores logros a favor de la SC en Oaxaca ha sido la participación comunitaria.

Los programas de salud comunitaria que involucran a los habitantes en la identificación de sus necesidades, y en la ejecución de actividades preventivas, han demostrado ser efectivos para mejorar la salud en las comunidades rurales. Los promotores de salud, que son formados a nivel local, son clave para la implementación de estas políticas, ya que actúan como mediadores entre las autoridades de salud y la comunidad (Gómez, 2021).

DESAFÍOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD COLECTIVA EN LAS RISSS EN OAXACA

La implementación de PPS basadas en la SC y la determinación social en Oaxaca enfrenta múltiples desafíos que reflejan tanto las condiciones estructurales del estado como las limitaciones del modelo institucional actual.

En primer lugar persiste una fuerte inercia institucional hacia el modelo biomédico tradicional centrado en la atención individual y la medicalización de los problemas sociales. Esto limita la incorporación de enfoques críticos e integrales que reconozcan la salud como un proceso social y colectivo. A ello se suma la falta de formación del personal de salud en marcos teóricos como la epidemiología crítica o la interculturalidad, lo cual dificulta el diálogo con las comunidades y la aplicación de estrategias participativas. La falta de coordinación entre las instituciones genera una atención fragmentada y desarticulada, lo que dificulta el acceso continuo y efectivo a servicios de salud para las comunidades más necesitadas (López, 2019).

Otro desafío importante es la diversidad cultural. Oaxaca es un estado con una fuerte identidad indígena, y muchos de sus habitantes prefieren utilizar la medicina tradicional para tratar

diversas afecciones. La implementación de políticas públicas basadas en SC deben ser sensibles a estas prácticas culturales y buscar integrar la medicina tradicional con la medicina moderna, respetando las creencias y costumbres locales. Esto requiere un esfuerzo significativo en términos de sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud (Secretaría de Salud, 2020).

Desde el ámbito político, se identifican obstáculos como la centralización de decisiones, la escasa continuidad de las políticas públicas entre administraciones y una voluntad política limitada para transformar estructuras profundas. Los programas comunitarios o interculturales suelen tener poca prioridad presupuestaria y son fácilmente desplazados por intereses más asistencialistas o verticales.

En el plano social y territorial, Oaxaca enfrenta condiciones estructurales de pobreza, desigualdad y despojo que condicionan la salud de sus poblaciones. Muchas comunidades indígenas enfrentan conflictos territoriales, discriminación institucional y violación de derechos colectivos, lo cual limita su capacidad de incidir en políticas públicas. A esto se suma la fragmentación del tejido social en algunas regiones, producto de la migración, la violencia o el abandono estatal.

Finalmente, la desconfianza histórica hacia las instituciones, la falta de mecanismos reales de participación con poder vinculante y la debilidad de canales de financiamiento directo a proyectos comunitarios, constituyen barreras adicionales para la construcción de una política de salud basada en la autodeterminación, la justicia social y el reconocimiento de la diversidad cultural.

Superar estos retos no solo implica rediseñar programas, sino transformar profundamente la lógica institucional, generar alianzas con los territorios y reconocer que la salud no se construye en el hospital, sino en el campo, la casa, la comunidad y el territorio.

OPORTUNIDADES Y RECOMENDACIONES PARA FORTALECER LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD COLECTIVA EN OAXACA

A pesar de los múltiples desafíos, Oaxaca también ofrece condiciones únicas que representan importantes oportunidades para fortalecer políticas públicas basadas en el enfoque de SC. Entre ellas destaca la rica diversidad cultural y organizativa de sus comunidades. Muchas de ellas cuentan con estructuras de gobierno propio, sistemas normativos internos, y una fuerte tradición de participación comunitaria. Estos elementos pueden ser aprovechados para construir políticas de salud más justas, pertinentes y arraigadas en el territorio, tal como lo estipula el Modelo MAS Bienestar.

Asimismo, existen experiencias locales valiosas en salud intercultural, partería tradicional, redes de promotores de salud y proyectos comunitarios que pueden sistematizarse, visibilizarse y escalarse como modelos de política pública regional. A nivel académico, Oaxaca cuenta con universidades, colectivos y centros de investigación que se pueden sumar a la formación de profesionales con el enfoque de salud colectiva. Lo que permite establecer alianzas entre instituciones, comunidades y actores sociales.

Otra oportunidad clave es integrar la medicina tradicional con la medicina moderna. En lugar de ver la medicina tradicional como una barrera, las políticas deben buscar formas de integrar ambas formas de atención para mejorar la aceptación de los servicios de salud. Programas que incluyan a líderes comunitarios y curanderos tradicionales en la promoción de la salud pueden ser efectivos para aumentar la cobertura y la participación comunitaria (Torres, 2021).

En síntesis, Oaxaca cuenta con un contexto fértil para avanzar hacia políticas públicas de salud más humanas, integrales y transformadoras. Aprovechar estas oportunidades requiere voluntad política, compromiso institucional y un cambio de paradigma que ponga en el centro la vida digna de las comunidades.

CONCLUSIÓN

Las políticas públicas de salud basadas en SC en Oaxaca, se plantea como una estrategia prometedora para abordar los desafíos sanitarios del estado. Sin embargo, para garantizar el éxito a largo plazo, es fundamental mejorar la coordinación entre las instituciones de salud, integrar la medicina tradicional y moderna, y fortalecer la capacitación de los profesionales de la salud. Solo a través de un enfoque integral y colaborativo se podrá garantizar el acceso equitativo a la salud para toda la población de Oaxaca.

La reingeniería y rediseño de RISS bajo el modelo de SC en México implica una transformación profunda en la forma en que se organiza, proporciona y coordina la atención médica. Estas deben de ser capaces de integrar la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo en el proceso de salud-enfermedad-cuidado-muerte, y estar estructuradas para abordar las desigualdades sociales, económicas y geográficas que afectan el acceso a los servicios.

En este contexto, es crucial que las políticas públicas de salud en Oaxaca —y generalmente en México— promuevan un enfoque más inclusivo y comunitario, donde la participación de la población sea clave para lograr mejores resultados en salud colectiva.

REFERENCIAS

- Artaza, O., Méndez, O., & Holder Morrison R Suárez Jiménez, CA (2011). Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. OPS.
- Breilh, J. (2006). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidade. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidade* (págs. 317-317).
- Casallas-Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública

- tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15 (3), 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- CONAPO. (2020). Indicadores de pobreza multidimensional en México. Consejo Nacional de Población. Recuperado de <https://www.conapo.gob.mx>
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 5-46. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es.
- DOF. 27/12/2014, Gobierno de México. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Unidades Médicas Móviles, para el ejercicio fiscal 2015.
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006 Oct 28;368(9546):1524-34. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69564-0. PMID: 17071286.
- Gómez, L., Martínez, P., & Pérez, J. (2021). La salud colectiva en el contexto de la integración de los sistemas de salud en México: Retos y oportunidades. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 63(4), 301-309.
- Gutiérrez, J. P., Heredia-Pi, I., Hernández-Serrato, M. I., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Torres-Pereda, P., & Reyes-Morales, H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Pública de México*, 61(6), 726-733. Epub 21 de abril de 2021. <https://doi.org/10.21149/10561>
- Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E., & Arredondo-López, y. A. (2012). Public health conceptual models and paradigms. Scielosp. org. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v14n2/v14n2a12.pdf

- Laurell, A. C. (2016). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 2:e00043916.
<https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33suppl2/e00043916/es>
- López, M., Torres, R., & García, F. (2019). La promoción de la salud en comunidades rurales de Oaxaca: Una estrategia para la prevención de enfermedades crónicas. *Boletín de Salud Pública*, 30(2), 147-156.
- Menéndez, E. L. (2007). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas a articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10(1), 219–230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100025>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington, D.C.: OPS, 1990.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: OPS; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C.: OPS; 2018.
- Secretaría de Salud. (2021). Plan Nacional de Salud 2021-2024. Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud>
- Rodríguez, A., & Pérez, E. (2019). Desafíos y perspectivas de la salud colectiva en México: Un análisis de las políticas públicas. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 61(3), 45-60. <https://doi.org/10.1016/j.rsps.2019.07.005>
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36(94), 327–342. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LP4vwWDvTQFssrNFXKMwChh/>

- Santacruz-Varela, Javier, Fajardo-Dolci, Germán E., Artaza-Barrientos, Osvaldo, & Olaiz-Fernández, Gustavo. (2024). Análisis de los cambios en el sistema público de salud realizados entre 2019 y 2024 para atender a la población sin seguridad social de México. *Gaceta médica de México*, 160(6), 628-635. Epub 07 de febrero de 2025.<https://doi.org/10.24875/gmm.2400027>
- Secretaría de Salud. (2020). Determinantes sociales de la salud en México: Avances y desafíos. México: Secretaría de Salud.
- Susser M, Susser E. (1996). Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms. *Am J Public Health*. 86:668-73.
- Torres, A., Sánchez, H., & Rodríguez, S. (2022). La integración de la medicina tradicional en el sistema de salud pública en Oaxaca: Un análisis de sus beneficios y desafíos. *Salud Colectiva*, 18(1), 33-42
- Avaliação da qualidade de vida da população afetada pela mineração urbana em Maceió, Brasil.



Erick Azamar Cruz

<https://orcid.org/0009-0007-1395-1963>

Médico salubrista con Maestría y Doctorado en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Realizó una estancia posdoctoral en Salud Colectiva en la Universidad de los Lagos. Cuenta con más de 27 años de experiencia profesional en unidades de atención de primer, segundo y tercer nivel, así como en funciones directivas y de gestión en el ámbito estatal en Oaxaca, México. Ha participado de manera activa en la formación de recursos humanos en salud en los niveles de licenciatura, maestría y doctorado, colaborando con diversas instituciones académicas, entre ellas la URSE, el INSP, ACAI para la Formación y Desarrollo, la Universidad Anáhuac, la BUO y la Universidad Internacional. Académico titular y Vocal de educación médica en salud global en la Academia Nacional de Educación Médica y DPC A.C., capítulo Oaxaca. Sus líneas de investigación se centran en la salud pública, los sistemas de salud y la salud colectiva.



María Beatriz del Valle Taboada.

<https://orcid.org/0000-0003-2597-3303>

Doctora en Medicina (UNT). Médica Rural. Especialista en Medicina General y Familiar, Medicina Social y Comunitaria. Posdoctorada en Salud Colectiva (Red SACSIC). Integrante de la Federación Argentina de Medicina General (FAMG) y de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP), Asociada a la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural [RED SACSIC]. Directora y codirectora de tesis de grado y posgrado. Con experiencia en Salud Pública desde hace 28 años. Directora de trabajos de extensión e investigación. Participación en comisiones asesores en la UNSE y en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina; Integrante de tribunal de evaluación de tesis de posgrado; Evaluadora de trabajos científicos y de extensión en Universidades del País y revistas científicas. Publicaciones académicas. Docente en la UNSE y en la UNT.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS).
Posdoctor en Antropología Social (BUAP).
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X).
Especialista en Medicina Familiar (IMSS).
Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I)

por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.



Luis Enrique Hernández Gamundi

<https://orcid.org/0000-0001-5680-9069>

Licenciado en Nutrición y Maestro en Sociología de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMÉX), Doctor en Educación por la Universidad de América del Norte (UAN), académico del Nivel Medio Superior en la UAEMÉX, ha

participado como organizador y ponente de congresos nacionales e internacionales, autor de diversas publicaciones entre libros, capítulos de libro y artículos de investigación, Investigador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Investigación: Educación y análisis del Proceso-Salud-Enfermedad-Atención desde la panóptica teórica de los Determinantes Sociales de la Salud

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO AFETADA PELA MINERAÇÃO URBANA EM MACEIÓ, BRASIL

*Diego Freitas Rodrigues
Juliana Matos Ferreira Bernardo
Arthur Henrique de Gusmão Silva
Olívia Nathália Paulino Beserra*

RESUMO

O município de Maceió, capital do estado alagoano, foi vítima de um desastre ambiental promovido pela reativação de tramas tectônicas influenciada pela extração de sal-gema pela empresa petroquímica Braskem. Esse desastre afetou mais de 200 mil pessoas e forçou o deslocamento de cerca de 57 mil residentes dos bairros Pinheiro, Mutange, Bebedouro, Bom parto e Farol. Repercussões desse cenário perpassam sequelas físicas, econômicas, ambientais e psicológicas, áreas que compõem e consequentemente afetam qualidade de vida. A fim de avaliar a qualidade de vida dos moradores dos bairros afetados, foi realizado um estudo transversal, populacional e epidemiológico com aplicação da escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF. Resultados demonstram uma percepção de qualidade de vida negativa na população acometida pelo desastre, com impacto especialmente maior em variáveis sociodemográficas relacionadas aos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Os grupos com características de idade mais jovem, menor renda familiar, escolaridade mais baixa, desemprego e utilização do Sistema Público de Saúde apresentaram maior fragilidade. Esses achados representam uma visão mais detalhada dos graus de consequências percebidos pelos diferentes grupos afetados pelo desastre, contribuindo para o entendimento da dimensão das repercussões. Além de ratificar a importância de desenvolver mais

estudos com enfoque nessas comunidades, para apontar as adversidades e propiciar visibilidade às vítimas.

Palavras-chave: Desastre, Epidemiologia, Qualidade de vida.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

FAPEAL - *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas*

IBGE – *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*

MPF – *Ministério Público Federal*

SGB-CPRM - *Serviço Geológico do Brasil*

SUS – *Sistema Único de Saúde*

TCLE - *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

TEPT - *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*

WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality of Life - Brief*. (Escala de qualidade de vida; tradução livre em português)

INTRODUÇÃO

Desastres são definidos como perturbações significativas no funcionamento de comunidades ou sociedades, e podem ter origem natural, como erupções vulcânicas, tempestades, tsunamis e terremotos por movimentação de placas tectônicas; ou antropogênica, como desertificação, inundações, incêndios florestais, poluição de aquíferos e terremotos induzidos por mineração. Tais eventos repercutem desde o presente, com impactos imediatos, até o futuro, com consequências tardias, afetando os indivíduos em múltiplas dimensões como ambiental, social, econômica, e de saúde física e mental (Nakova & Milenkova, 2023).

A capital do estado de Alagoas, Maceió, foi palco de um desastre ambiental de repercussão internacional. Localizado na cidade de Maceió, o Bairro do Pinheiro é o 17º bairro mais populoso da cidade e abriga mais de 19.062 habitantes, esse bairro foi assolado por um abalo sísmico de magnitude 2,4mR (escala regional para o

Brasil) supostamente desencadeado por fortes chuvas em 2018. Este evento resultou em danos significativos, incluindo fissuras, afundamentos e rachaduras em moradias e vias públicas, não apenas no Bairro do Pinheiro, mas também nos bairros adjacentes de Bebedouro e Mutange. Visando identificar a causa dos tremores, o Serviço Geológico do Brasil (SGB-CPRM) iniciou a avaliação do solo das localidades atingidas, descartando a hipótese de um fenômeno puramente geológico (CPRM, 2019; IBGE, 2010).

A avaliação do SGB-CPRM identificou a desestabilização de cavidades decorrentes da extração de sal-gema como a causa primária dos eventos, resultando em halocinese (movimentação do sal) e reativação de estruturas geológicas que provocaram a subsidência (afundamento) do terreno e deformações rúpteis na superfície nos bairros do Pinheiro, Mutange e Bebedouro. As análises também destacaram deformações aparentes em imagens de satélite, originadas das cavidades de extração de sal-gema junto à Lagoa Mundaú. O relatório sublinhou que os danos observados não eram explicáveis por falhas construtivas isoladas, indicando a influência do processo minerador na trama estrutural tectônica como facilitador da reativação dessas estruturas (CPRM, 2019).

A instabilidade no solo causada pelo sismo levou à necessidade de remoção das famílias residentes pela defesa civil. A prefeitura decretou situação de emergência nas áreas afetadas (inicialmente Pinheiro, Mutange e Bebedouro), autorizando a mobilização de órgãos municipais para atuação seguindo a coordenação da secretaria de defesa civil. Entre novembro de 2019 e janeiro de 2020 iniciou-se o processo de evacuação preventiva e desapropriação dos imóveis comprovadamente em risco seguindo as zonas de criticidade. A negociação para desocupação se deu através do Programa de Compensação Financeira e Apoio à Realocação da Braskem, que previa além da indenização os custos com imobiliária, depósitos de móveis e apoio psicológico e assistência social. Após a desocupação e a indenização os imóveis passam a ser adquiridos

pela empresa, que tornou-se proprietária fundiária de uma parcela importante da área afetada (Santos et al., 2021).

No Termo de Acordo para Apoio na Desocupação das Áreas de Risco, assinado por órgãos públicos estaduais, nacionais e a empresa Braskem, consta a desocupação de imóveis residenciais e de atividades econômicas com estrutura comprometida pelos eventos geológicos e de forma definitiva, sem possibilidade de retorno. Com valor do auxílio (cinco mil reais em parcela única e mensal de mil reais por no máximo dois anos para imóveis residenciais e dez mil para os imóveis com atividades econômicas) pago mediante transferência dos direitos da propriedade para Braskem. A empresa também estaria incumbida de garantir vigilância privada dos imóveis e medidas para controle de proliferação de vetores de doenças transmissíveis para humanos e animais. Ademais, no documento a Braskem não admite reconhecer a responsabilidade pela desocupação ou impactos ocorridos (MPF, 2019).

Houve atualização do documento, através do Segundo Termo Aditivo ao Termo de Acordo para Apoio na Desocupação das Áreas de Risco, firmado em janeiro de 2020. Nele, a Braskem comprometeu-se a estender a indenização aos proprietários e moradores dos imóveis incluídos nas novas áreas de criticidade 00 e das áreas de criticidade 01 evidenciadas na Versão 4 do Mapa de Linhas de Ações Prioritárias divulgado pela Defesa Civil Municipal em 11 de dezembro de 2020, abrangendo região do bairro Farol. A evolução dos mapas de ações pode ser observada na Figura 1 (MPF, 2020).

Figura 1.
Evolução do mapa de setorização de danos e de linhas de ações prioritárias.



Fonte: CPRM (2020).

Ao todo foram cerca de mais de 200 mil pessoas atingidas diretamente, nos bairros Pinheiro, Mutange, Bebedouro, Bom parto e Farol. Desses indivíduos, cerca de 57 mil pessoas foram submetidas ao deslocamento forçado. Ademais, as áreas próximas como Flexal de Cima, Flexal de Baixo, Marquês de Abrantes e Vila Saem ficaram socialmente e economicamente isoladas após a desocupação dos outros bairros, comprometendo adicionalmente

cerca de 2.700 famílias. Vale ressaltar que em 2021 o mapa da região atingida pelo desastre representava aproximadamente 5,6% de toda a área urbana do Município de Maceió (Mansur & Wanderley, 2023).

Os desastres ambientais possuem um espectro de impactos que afetam tanto a saúde física quanto a mental das populações afetadas e consequentemente sua qualidade de vida, que representa uma avaliação subjetiva da percepção individual de várias esferas de seu bem-estar. No âmbito físico as consequências incluem a contaminação do solo e da água, além da alteração dos ecossistemas e surgimento ou agravamento de doenças transmissíveis. No que se refere à saúde mental, o cenário de desastre pode ocasionar estresse decorrente da incerteza e sentimentos de impotência diante das alterações adversas no ambiente, na rotina e na economia, além da necessidade de realocação. Essas repercussões, de caráter mais subjetivo, muitas vezes não são adequadamente reconhecidas, o que obscurece a compreensão completa de seus efeitos na saúde e na qualidade de vida das populações afetadas (Heller, 2019).

Os desastres ambientais são mais frequentemente avaliados pelos custos e danos econômicos sofridos, sendo o componente psicossocial não tão evidenciado, mesmo com sua importância equivalente como componente da qualidade de vida, espelhando o estado de sofrimento da população. O comprometimento de qualidade de vida perpassa o âmbito físico e estrutural, acometendo a saúde física e psicológica, com repercussões importantes como ansiedade, depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e até mesmo tentativa de suicídio, como observado em estudo referente à tragédia da Vale em Brumadinho. Os sintomas psicológicos, sejam eles de curto, médio ou a longo prazo, são comumente observados após desastres e outras experiências traumáticas, impactando os indivíduos e a comunidade na qual ele se insere (Makwana, 2019; Miranda et al., 2021).

Dessa maneira, é de suma importância considerar a saúde e a qualidade de vida de forma holística, visto que ambas são interdependentes (Tzaneva et al., 2022). Com essa perspectiva, o

presente estudo visa estudar o impacto que o desastre teve para a qualidade de vida dos moradores dos bairros afetados (Pinheiro, Mutange Bebedouro, Bom Parto e Farol).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, enquadrado como transversal, populacional e epidemiológico, integra um projeto maior intitulado “Crônica de uma Tragédia Anunciada? Avaliação de Impacto na Saúde em Comunidades em Situação de Desastre: o caso Braskem em Maceió, Alagoas”, aprovado pelo comitê de ética (Parecer Nº 4.736.391). O projeto é realizado por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas, cuja pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL) pelo edital FAPEAL Nº 003/2022.

O presente trabalho foi realizado através da aplicação de questionário desenvolvido no Google Forms no qual constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dados sociodemográficos (Gênero; Idade; Raça/cor autodeclarada; Situação conjugal; Renda Familiar; Escolaridade; Status Profissional; Tipo de Moradia; Número de Residentes; Utilização do Sistema Único de Saúde) e questionário para avaliação da qualidade de vida dos entrevistados representado pela ferramenta WHOQOL-BREF.

A amostragem foi não probabilística por bola de neve virtual, através do compartilhamento do questionário em redes sociais e plataformas virtuais. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2021 a junho de 2023 e contou com amostra de 201 indivíduos dos bairros atingidos que possuíam idade entre 18 e 90 anos, acesso ao formulário via Google Forms e que aceitaram participar da pesquisa após concordância com o TCLE.

A avaliação da qualidade de vida foi conduzida utilizando a escala WHOQOL-BREF, um questionário autoaplicável que avalia a qualidade de vida. Esta escala é uma versão abreviada do WHOQOL-100, composta por 26 itens, sendo dois itens que avaliam

a Percepção da Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde e as outras 24 facetas são categorizadas em quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. O modelo aplicado foi a versão validada para o português cujas respostas são avaliadas em escala tipo Likert que varia em termos de intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Skevington et al., 2004; The WHOQOL group, 1998).

A escala WHOQOL-BREF é reconhecida internacionalmente, disponível em mais de 40 idiomas, e tem sido utilizada para comparações transculturais de qualidade de vida em diversos países. A pontuação final da média de cada domínio e das duas primeiras perguntas pode ser categorizada como: “necessita melhorar” (1 a 2,9), “regular” (3 a 3,9), “boa” (4 a 4,9) e “muito boa” (5), com um escore alto em cada domínio correspondente à uma melhor qualidade de vida (Vahedi, 2010; Fleck, 2000).

Os dados obtidos foram exportados do Google Forms para o Google Planilhas e tabulados no Excel. Para a análise descritiva dos dados foi determinada a frequência das variáveis epidemiológicas. Enquanto que para a análise estatística foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a significância da associação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios da qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-BREF. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e os valores resultantes encontrados foram organizados em tabela na qual os menores que 0,05 foram destacados com asterisco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Figura 2 representa a distribuição das categorias de avaliação de qualidade de vida para cada domínio do WHOQOL-BREF. As questões iniciais referentes à autopercepção de qualidade de vida e satisfação com saúde já evidenciaram indicadores negativos. A maioria dos participantes (49,3%) classificou sua qualidade de vida como “boa”, seguida por “regular” (25,9%) e “necessita melhorar”

(15,9%), além de uma parcela pequena (9,0%) referindo-a como “muito boa”. No que se refere à satisfação com a saúde, a principal classificação foi a de “precisa melhorar” (36,8%), seguida por “boa” (32,8%) e “regular” (26,4%). Apenas uma pequena porcentagem dos participantes considerou sua satisfação com a saúde como “muito boa” (4,0%).

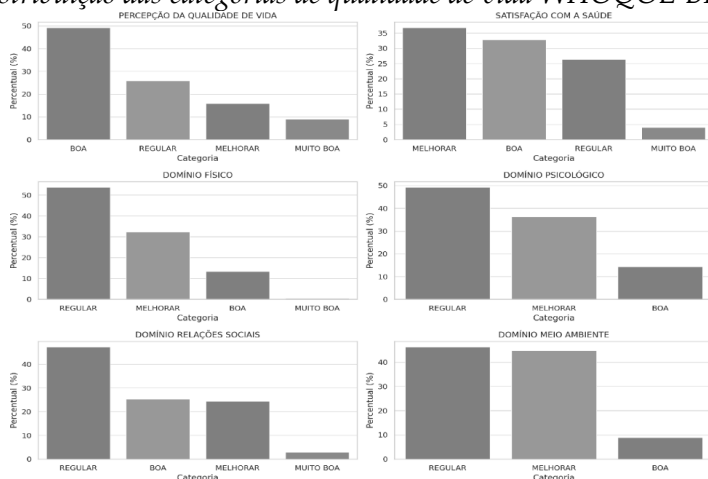
Na avaliação geral dos domínios que compõem o questionário, o domínio físico teve como principal classificação a de “regular”, correspondendo a 53,7% dos entrevistados. Já a categorização de “necessita melhorar” e “boa” corresponderam a 32,3% e 13,4%, respectivamente. Uma pequena parcela, 0,5%, referiu o domínio na categoria “muito boa”. O domínio psicológico também apresentou como distribuição principal a categoria “regular” (49,3%), seguida por “necessita melhorar” (36,3%) e “boa” (14,4%), mas com nenhuma pontuação para “muito boa”.

Mantendo um padrão semelhante, no domínio das relações sociais a maioria dos entrevistados (47,3%) avaliaram como “regular”, seguida por “boa” (25,4%) e “necessita melhorar” (24,4%). A categoria “muito boa” foi a menos frequentemente escolhida, representando 3,0%. O domínio do meio ambiente, por sua vez, teve uma distribuição composta principalmente pela avaliação como “regular” (46,3%) e “necessita melhorar” (44,8%). Por fim, a classificação como “boa” nesse domínio correspondeu a 9,0% dos participantes, novamente com nenhuma pontuação em “muito boa”.

Esses dados demonstram uma qualidade de vida comprometida, uma vez que todos os domínios de qualidade de vida apresentaram majoritariamente a classificação “regular”, além de três dos quatro domínios (físico, psicológico e meio ambiente) apresentarem a segunda categoria mais votada como “precisa melhorar”, ambas as categoriais as mais negativas dentro da avaliação de qualidade de vida. Além de apenas dois domínios (físico e relações sociais) possuírem votos na categoria “muito boa”, mesmo que mínimos.

Figura 2.

Distribuição das categorias de qualidade de vida WHOQOL-BREF.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Os resultados observados indicam uma disparidade entre a percepção da qualidade de vida inicial e os domínios avaliados. Enquanto que na primeira questão a abordagem da autoavaliação da qualidade de vida se dá de uma forma direta e objetiva, os resultados tendem a ser mais positivos, evidenciado pela maioria dos votos na classificação de “boa”. Já nos domínios compostos por facetas que avaliam características específicas de cada um e cujo resultado final é obtido pela média de todas as respostas, o produto final mais robusto e minucioso, por isso frequentemente com resultados mais negativos. No atual estudo, todos os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) foram classificados em “regular” (Peixoto et al., 2022).

Tais achados evidenciam uma discrepância entre a qualidade de vida referida pelos indivíduos de forma mais direta e consciente e sua avaliação por critérios mais minuciosos. A melhor autoavaliação de qualidade de vida possivelmente se dá pelo fato de ser uma medida multidimensional e ampla que é questionada de forma objetiva e unidimensional através de uma única questão. Já a avaliação dos domínios permite uma análise que engloba fatores

objetivos e subjetivos de cada indivíduo de maneira mais detalhada através das várias questões, permitindo uma avaliação global mais fidedigna com a realidade (Peixoto et al., 2022).

A autoavaliação da saúde foi percebida de forma negativa, caracterizada pelo rótulo de “necessita melhorar”. Esse aspecto do estudo também foi relatado como comprometida em outros trabalhos como o referente a população de Barra Longa afetada pelo desastre de Mariana e o estudo búlgaro que compõe o projeto “Desastres Locais e Qualidade de Vida: Estratégias Culturais na Superação de Catástrofes Naturais, Tecnológicas e Biológicas”. Ambos os estudos avaliaram a qualidade de vida das populações afetadas pelos desastres, com relatos de comprometimento ou piora do estado de saúde autorrelatado de 35 a 62%. Tais relatos variam de acordo com a população avaliada, mas refletem claramente a percepção de deterioração da saúde das populações vítimas de desastres (Nakova & Milenkova, 2023; Vormittag et al, 2018).

Com a aplicação do teste de Qui-quadrado foi avaliada a associação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios da qualidade de vida. Os resultados podem ser observados na Tabela 1, e demonstram que os domínios anteriormente avaliados com os piores resultados foram os que apresentaram relações com as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1.

P-valores resultantes da aplicação do Qui-quadrado.

VARIÁVEIS	DOMÍNIO FÍSICO	DOMÍNIO PSICOLÓGICO	DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS	DOMÍNIO MEIO AMBIENTE
Gênero	0,437	0,647	0,883	0,177
Idade	0,000*	0,628	0,769	0,067
Raça/cor	0,769	0,22	0,877	0,156
Situação conjugal	0,724	0,648	0,343	0,338
Renda Familiar	0,000*	0,010*	0,474	0,000*
Escolaridade	0,337	0,047*	0,605	0,146
Status Profissional	0,436	0,247	0,372	0,012*
Tipo de Moradia	0,092	0,649	0,129	0,498
Utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS)	0,000*	0,004*	0,153	0,002*

(*): *P-valores menores que 0,05.*

Fonte: Autoria própria, 2023.

A interpretação dos resultados indica associações significativas entre diversas variáveis sociodemográficas e os domínios da qualidade de vida. O domínio físico, por exemplo, apresentou relações principalmente com a renda familiar e a utilização do Sistema Único de Saúde (Tabela 2). Vale ressaltar que entre as relações entre os domínios e as variáveis pertinentes, o domínio físico foi o único que constou com votos na classificação “muito boa”.

Tabela 2.
Associação de frequência das variáveis com domínio físico.

		PRECISA MELHORAR	REGULAR	BOA	MUITO BOA
Idade	18 a 29 anos	29,31	63,79	6,9	0
	30 a 59 anos	32,5	52,5	15	0
	60 a 69 anos	42,86	21,43	35,71	0
	70 anos ou mais	33,33	55,56	0	11,11
Renda familiar	Até 2 salários mínimos	44,83	51,72	3,45	0
	De 2 a 4 salários mínimos	27,12	66,1	6,78	0
	De 4 a 10 salários mínimos	30,36	41,07	28,57	0
	De 10 a 20 salários mínimos	24	60	12	4
	Acima de 20 salários mínimos	0	33,33	66,67	0
Utiliza Sistema Único de Saúde	Não	20,95	57,14	20,95	0,95
	Sim	44,79	50	5,21	0

Fonte: Autoria própria, 2023.

A avaliação do domínio físico evidenciou que a maior parte da população jovem com idade entre 18 e 29 anos classificou o domínio físico como regular, correspondendo a 63.79%. Já a classificação “precisa melhorar” correspondeu a 29.31% e a boa apenas a 6,9%, enquanto que não houve avaliações como “muito boa” nessa faixa etária. Enquanto os que referiram idade a partir de 70 anos apesar da maioria em “regular” (55,56%) e nenhum em “boa”, foram o único grupo com votos em “muito boa”, correspondendo a 11,11%.

Tais achados contribuem para a hipótese de que a idade contribui para uma diferente percepção dos impactos em desastres. Os grupos etários intermediários apresentam avaliações de qualidade de vida mediana, enquanto que os extremos de idade tendem a mostrar valores mais discrepantes. A população mais jovem ou idosa com dependência de terceiros sofre com efeitos

psicológicos de forma mais drástica, seja devido dependência física e emocional, agravamento de doenças crônicas pré-existentes ou maior risco do surgimento de novas doenças (Cui & Han, 2018).

No entanto, a população mais velha sem limitações funcionais pode apresentar um fator que é tido como essencial no processo de lidar com as consequências dos desastres, a resiliência. Essa percepção, mais frequente na população com mais experiência de vida, é fundamental para o bem-estar físico, social e emocional, constituindo habilidades de enfrentamento adaptativas e processo de aproveitamento para sustentar o bem-estar diante de dificuldades. Dessa forma, atua como fator protetor da qualidade de vida (Ellis et al, 2021; Makwana, 2019).

Ainda dentro do domínio físico, a relação com renda familiar demonstrou que as avaliações mais negativas constam no grupo que refere até dois salários mínimos. Com 51,72% relatando “regular” e 44,83% “precisa melhorar”, enquanto que apenas 3,45% relataram “boa” e nenhum “muito boa”. Por outro lado, a classificação mais positiva consta da população que afirma renda acima de 20 salários mínimos, com 66,67% dos indivíduos afirmando como “boa”, 33,33% como “regular” e nenhum em precisa melhorar ou “muito boa”.

Essa avaliação corrobora com a literatura, que relata maior deterioração da qualidade de vida nas populações com menor poder aquisitivo. Esses grupos estão associados a fatores paralelos ao desastre, mas que se agravam com ele. Como condições de vida precárias, desigualdade social e estrutural, e limitações do ambiente físico. Tais situações culminam em uma dificuldade maior de recuperação e restabelecimento físico, social, ambiental e psicológico após situações extremas, corroborando com deterioração da qualidade de vida (Cui & Han, 2018).

A utilização ou não do Sistema público de Saúde também foi outra variável relevante no domínio físico. Nela, apesar de ambos os grupos possuírem maior concentração na classificação “regular”, com 57,14% dos que relataram não usar e 50% dos que afirmaram usar, a avaliação dos que afirmaram usá-lo se apresentou de forma

mais negativa. Com 44,5% em “precisa melhorar” e meramente 5,21% em “boa”, além de nenhum voto em “muito boa”.

Os grupos que dependem principalmente do serviço público de saúde apresentam impactos adicionais na recuperação pós desastre devido a barreiras e limitações de acesso a cuidados de saúde. As pessoas que compõem esse grupo são principalmente as de baixa renda, que não possuem condições de obter acesso privado à saúde, assim dependendo principalmente da Atenção Básica proposta no Sistema Único de Saúde, com empasses no acesso aos serviços especializados da atenção secundária ou terciária já intrínsecos do serviço público (Tomasiello et al., 2023).

O domínio psicológico apresentou conexão considerável com as variáveis de renda familiar, utilização de sistema único de saúde e escolaridade. Como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3.

Associação de frequência das variáveis com domínio psicológico.

		PRECISA MELHORAR	REGULAR	BOA	MUITO BOA
Renda familiar	Até 2 salários mínimos	44,83	51,72	3,45	0
	De 2 a 4 salários mínimos	38,98	50,85	10,17	0
	De 4 a 10 salários mínimos	30,36	41,07	28,57	0
	De 10 a 20 salários mínimos	28	52	20	0
	Acima de 20 salários mínimos	0	100	0	0
Utiliza Sistema Único de Saúde	Não	26,67	53,33	20	0
	Sim	46,88	44,79	8,33	0
Escolaridade	Educação infantil	0	100	0	0
	Ensino Fundamental	62,5	37,5	0	0
	Ensino médio	45,45	38,64	15,91	0
	Superior (Graduação)	38,36	53,42	8,22	0
	Pós-graduação/especialização (<i>lato sensu</i>)	25	47,73	27,27	0
	Mestrado (<i>stricto sensu</i>)	40	30	30	0
	Doutorado	0	80	20	0

Fonte: Autoria própria, 2023.

Novamente, os indivíduos com renda familiar até 2 salários mínimos pontuaram mais negativamente, com o maior percentual dentre os grupos classificando como “precisa melhorar”, em 44,83% dos indivíduos, além de 3,45% em “boa”. Dentro do domínio psicológico, todos os grupos de renda possuíam a maioria

classificada como “regular”, enquanto não houve nenhum voto para “muito boa” nos grupos.

O fator de menor renda também é considerado um indicador de maior acometimento psicológico, devido às dificuldades financeiras, privações individuais e familiares, maiores preocupações e menor acesso a formas de cuidado e preservação da saúde e suporte físico e psicológico. Assim, esses indivíduos possuem maior risco para o desenvolvimento de agravos mentais como estresse pós-traumático, estresse psicossocial, ansiedade e depressão. Além de maior dificuldade ao acesso de formas de mitigação e tratamento desses agravos (Sullivan & Sagala, 2020).

A avaliação de utilização do SUS demonstrou que dentro do domínio psicológico novamente os que afirmam utilizá-lo apresentam índices menores, com 46,88% em “precisa melhorar”, 44,79% em “regular” e 8,33% em boa. Enquanto que os que disseram não utilizar o SUS votaram majoritariamente em “regular”, com 53,33%. Novamente, não houve nenhum voto em “muito boa” em nenhum dos grupos.

A relação de dependência com o Sistema Único de Saúde acompanha os níveis de baixa renda, constituindo fator de agravamento à qualidade de vida após o desastre. A utilização do SUS relaciona-se com dificuldade para conseguir atendimento especializado como acompanhamento psicológico e psiquiátrico, muitas vezes depreciados no contexto de desastres (Tomasiello et al., 2023).

Já referente ao grau de escolaridade, os piores resultados foram dos indivíduos que referiram ensino fundamental, ensino médio e mestrado (*stricto sensu*), com a maioria dos votos em “precisa melhorar”, respectivamente 62,5%, 45,45% e 40%. Todos os demais graus de escolaridade tiveram a maioria dos indivíduos com o domínio psicológico classificado como “regular” e novamente com nenhum voto na avaliação “muito boa”.

As classificações negativas dos grupos que relataram ensino fundamental e médio foram condizentes com a literatura, que afirma impactos mais negativos nas populações com graus de escolaridade

mais baixo. Esses grupos, especialmente no contexto de países em desenvolvimento, apresentam restrições importantes à proteção ambiental e menor acesso a medidas de resguardo e mitigação das consequências de desastres (Li et al, 2021).

Vale ressaltar que dentro das variáveis apresentadas, não houve nenhuma pontuação “muito boa” dentro do domínio psicológico. Outro domínio com relações significativas com algumas das variáveis sociodemográficas foi o domínio do meio ambiente, que apresentou elo com a renda familiar, utilização de sistema único de saúde e status profissional, como observado na Tabela 4.

Tabela 4.

Associação de frequência das variáveis com domínio do meio ambiente.

		PRECISA MELHORAR	REGULAR	BOA	MUITO BOA
Renda familiar	Até 2 salários mínimos	70,69	29,31	0	0
	De 2 a 4 salários mínimos	45,76	52,54	1,69	0
	De 4 a 10 salários mínimos	25	58,93	16,07	0
	De 10 a 20 salários mínimos	32	40	28	0
	Acima de 20 salários mínimos	0	66,67	33,33	0
Utiliza Sistema Único de Saúde	Não	35,24	50,48	14,29	0
	Sim	55,21	41,67	3,12	0
Status profissional	Desempregado	67,86	21,43	10,71	0
	Estudante integralmente	20	64	16	0
	Trabalho de meio tempo	37,04	62,96	0	0
	Trabalho de tempo completo	47,83	46,38	5,8	0
	Autônomo	44,12	38,24	17,65	0
	Aposentado	44,44	50	5,56	0

Fonte: Autoria própria, 2023.

Os entrevistados com renda familiar de até 2 salários mínimos foram os únicos com a maioria referindo “precisa melhorar” no domínio do Meio Ambiente, com 70,69% de votos. Todas as demais faixas de renda permaneceram na classificação “regular”. Vale salientar que os cidadãos com renda salarial acima de 20 salários mínimos apresentaram maior pontuação dentre a classificação “boa”, com 33,33% dos votos.

As condições de vida limitadas e composição do meio físico deficiente são frequentes nas populações com baixo status socioeconômico. Esses fatores agem como estressores secundários

no processo de enfrentar as consequências de desastres. As populações de baixa renda também apresentam uma relação comunitária e com seu ambiente de moradia mais forte em comparação aos grupos de maior renda, e a perda dessas relações é outro advento do desastre que atua como agravante na qualidade de vida e saúde mental desses grupos (Cui; & Han, 2018; Sullivan & Sagala, 2020).

A utilização do SUS dentro do domínio de meio ambiente demonstrou que os entrevistados que afirmam utilizá-lo somam a maioria em “precisa melhorar”, com 55,21% de votos, e apenas 3,12% de votos em “boa”. Ao passo em que a maioria dos que afirmam não utilizar o SUS classificam o domínio em “regular”, representando 50,48%. Porém, nenhum dos dois grupos obteve votos para “muito boa”.

A população que utiliza com mais frequência ou depende do SUS novamente representa o grupo com valores negativos. As pessoas que utilizavam o serviço público por já possuírem alguma condição de agravo físico ou de saúde pré-existent foram mais suscetíveis a desenvolver sintomas adicionais e semelhantes, deteriorando a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida (Sullivan & Sagala, 2020).

Por outro lado, a principal atuação do SUS se dá através da atenção básica, composta pelas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família. Esses serviços da rede básica de saúde são divididos em Distritos Sanitários de acordo com os bairros do município. Assim, com a realocação da população e dos postos de saúde de seus locais de origem, o acompanhamento que era realizado nessas unidades designadas foi descontinuado e a população que utilizava o sistema público sofreu adicionalmente com esse entrave no acesso à saúde (Mansur & Wanderley, 2023).

O status profissional dos entrevistados exibiu relação pertinente com o domínio ambiental. Na pesquisa, o maior impacto observado foi nos que afirmaram desemprego, com a maior das porcentagem em “precisa melhorar”, com 67,86%. Os grupos de

trabalho de tempo integral e autônomos também tiveram a maioria dos votos em “precisa melhorar”, respectivamente com 47,83% e 44,12%. É importante salientar que nenhum dos grupos pontuou para “muito boa” nesse domínio.

O status profissional, por frequentemente estar relacionado à renda familiar, é associado com melhor status econômico, maior capital e melhores oportunidades, consequentemente tendo relação positiva com qualidade de vida. Já o desemprego, em especial, foi relacionado a pior qualidade de vida como um fator importante de estresse secundário. Isso se dá pela sua relação com perda econômica, incerteza ocupacional, perdas de recursos financeiros e insegurança, contribuindo para o desenvolvimento de sintomas psicológicos como ansiedade, desesperança, incerteza do futuro, tristeza, raiva e irritabilidade (Freitas et al., 2019; Miranda et al., 2021).

Vale relembrar que as áreas afetadas no município de Maceió não eram compostas apenas por complexos residenciais, mas também por áreas comerciais. Assim, os indivíduos que exerciam atividades autônomas em suas casas ou os que trabalhavam ou exerciam alguma atividade econômica nas imediações dos bairros foram diretamente impactados, seja com a perda do emprego, do local de trabalho ou da dinâmica e deslocamento para suas atividades (Mansur & Wanderley, 2023). Novamente, não houve votos para a categoria “muito boa” dessa vez dentro do das variáveis relacionadas com o domínio do meio ambiente.

CONCLUSÃO

Os domínios do WHOQOL-BREF abordam diversas facetas da qualidade de vida, perpassando a autoavaliação da qualidade de vida, satisfação com a saúde e os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Tal ferramenta permitiu avaliar a qualidade de vida autorreferida dos indivíduos impactados pelo desastre em Maceió, Alagoas, e a relação desses domínios com variantes sociodemográficas. A avaliação demonstrou que de forma

geral a qualidade de vida da população encontra-se em níveis baixos, permanecendo entre as categorias “precisa melhorar” e “regular”. Enquanto que algumas variáveis demográficas demonstraram maior relevância com domínios da qualidade de vida, consequentemente contribuindo para sua avaliação final. Dentre elas a idade, renda familiar, escolaridade, status profissional e utilização do Sistema Público de Saúde.

Apesar dos resultados evidenciarem pontuações dos domínios de qualidade de vida baixos na população geral, os entrevistados que referiram idade mais jovem, menor renda familiar, escolaridade mais baixa, desemprego ou utilização do Sistema Público de Saúde foram os grupos que apresentaram indicadores ainda mais negativos. Além de que quando observada a relação dessas variáveis com os três domínios que apresentaram correlação relevante, dois deles (psicológico e meio ambiente) não apresentaram nenhuma pontuação na classificação “muito boa”.

Tais achados identificam que apesar do acometimento geral da qualidade de vida nas populações afetadas, alguns grupos sofrem essas consequências em graus diferentes mesmo dentro de uma mesma comunidade. Esses achados fornecem informações valiosas sobre como diferentes variantes sociodemográficas afetam a percepção da qualidade de vida pós-desastre. Essas percepções podem ser úteis na formulação de políticas públicas voltadas às especificidades de maior fragilidade dentro das comunidades afetadas, à exemplo da investigação de agravos de saúde dos indivíduos dependentes do SUS nas localidades submetidas à desocupação.

Ao levar em consideração as limitações do estudo como a dependência de acesso à internet e um “n” pequeno em comparação com a dimensão de pessoas afetadas, fica evidente a importância de desenvolver novos trabalhos para melhor avaliar a dimensão das consequências do desastre. De forma a contribuir para o melhor esclarecimento e promover maior visibilidade às vítimas assoladas por esse desastre.

REFERENCIAS

- Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria-Geral da República. (2019). *Termo de acordo para apoio na desocupação das áreas de risco ("Termo")*. Alagoas.
- Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria-Geral da República. (2020). *Segundo termo aditivo ao termo de acordo para apoio na desocupação das áreas de risco ("Termo de Acordo")*. Alagoas.
- CPRM – Serviço Geológico do Brasil. (2019a). *Estudos sobre a instabilidade do terreno nos bairros Pinheiro, Mutange e Bebedouro, Maceió (AL) – Ação emergencial no bairro Pinheiro: Relatório síntese dos resultados* (Nº 1, Vol. 1).
- CPRM – Serviço Geológico do Brasil. (2019b). *Estudos sobre a instabilidade do terreno nos bairros Pinheiro, Mutange e Bebedouro, Maceió (AL): Relatórios técnicos* (Nº 1, Vol. 2).
- Cui, K., & Han, Z. (2018). Association between disaster experience and quality of life: The mediating role of disaster risk perception. *Quality of Life Research*, 28(2), 509–513. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2019-6>
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 33–38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- Freitas, C. M., et al. (2019). From Samarco in Mariana to Vale in Brumadinho: Mining dam disasters and public health. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106119>
- Heller, L. (2019). Mining disasters and public health in Brazil: Lessons (not) learned. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00052519>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Brasileiro de 2010*. Maceió: IBGE.

- Li, X., Chen, H., & Zhu, Z. (2021). Exploring the relationship between life quality and the perceptions of living-environment crises. *BMC Public Health*, 21, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10178-0>
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090–3095. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_893_19
- Mansur, M., & Wanderley, L. J. (2023). Colapso mineral em Maceió: o desastre da Braskem e o apagamento das violações. *Observatório dos Conflitos da Mineração no Brasil*. Comitê Nacional em Defesa dos Territórios Frente à Mineração.
- Miranda, D. M., et al. (2021). Impactos físicos e psicológicos na população de Brumadinho após rompimento da barragem de rejeitos. *Revista Médica de Minas Gerais*, 31. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20210006>
- Nakova, A., & Milenkova, V. (2023). Disasters – Sociocultural effects on the quality of life of local communities. *Postmodernism Problems*, 13(1), 55–67.
- Peixoto, S. V., et al. (2022). Projeto Saúde Brumadinho: Aspectos metodológicos e perfil epidemiológico dos participantes da linha de base da coorte. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/1980-549720220025>
- Santos, C. G., et al. (2021). A necessidade de evacuação de bairros em Maceió-AL e os impactos urbanos socioespaciais: Novos desafios para o planejamento urbano na cidade. In *9º Congresso Luso-Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável*. Bauru: UNESP. Disponível em <https://pluris2020.faac.unesp.br/Paper954.pdf>
- Skevington, S. M., et al. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report

- from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Sullivan, G. B., & Sagala, S. (2020). Quality of life and subjective social status after five years of Mount Sinabung eruptions: Disaster management and current sources of inequality in displaced, remaining and relocated communities. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101660>
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Tomasiello, D. B. (2023). Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Texto para discussão 2832*. Disponível em <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11454>
- Tzaneva, E., et al. (2022). *Disasters and the quality of life*. Cambridge Scholars Publishing.
- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4), 140–153.
- Vormittag, E. M. P. A. A., Oliveira, M. A. O., & Gleriano, J. S. (2018). Avaliação de saúde da população de Barra Longa afetada pelo desastre de Mariana, Brasil. *Ambiente & Sociedade*, 21. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc0224r1vu18l1ao>



Diego Freitas Rodrigues

<https://orcid.org/0000-0001-5698-596X>

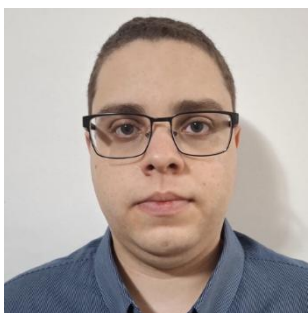
Doctor en Ciencia Política por la Universidad Federal de São Carlos, con estancia de investigación (sandwich) en el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México. Profesor Visitante en el Programa de Posgrado en Ciencia Política de la Universidad Federal de Pernambuco, Brasil. Especialista en Bioética por la Universidad de Caxias do Sul. Especialista en Neurociencias, Comportamiento y Psicopatología por la Pontificia Universidad Católica de Paraná (PUC-PR). Su investigación se centra en la evaluación del impacto ambiental, en particular en los efectos de las licencias ambientales sobre la salud de la comunidad. Miembro asociado de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (RED SACSIC). Miembro de la Asociación Brasileña de Evaluación de Impacto, de la Sociedad Brasileña de Bioética y de la Asociación Brasileña de Ciencia Política.



Juliana Matos Ferreira Bernardo

<https://orcid.org/0000-0001-9304-6662>

Es licenciada en medicina por el Centro Universitario de Maceió (Afyá – Unima), donde participó en estudios sobre la fisiopatología y los tratamientos biológicos de la psoriasis en pacientes con VIH, así como sobre biomarcadores en el seguimiento de la inmunoterapia para la rinitis alérgica.



Arthur Henrique de Gusmão Silva

<https://orcid.org/0009-0008-3890-6445>

Es estudiante de medicina en la Universidad de Ciencias de la Salud de Alagoas (UNCISAL) y beneficiario de una beca de iniciación científica otorgada por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Alagoas.



Olívia Nathália Paulino Beserra

<https://orcid.org/0009-0009-8390-0111>

Es estudiante de medicina en el Centro Universitário de Maceió (Afya-Unima) y beneficiaria de una beca de iniciación científica otorgada por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Alagoas.

**ENTRE LA CARGA ACADÉMICA Y EL BIENESTAR: ESTILO DE VIDA,
EFECTOS EN LA SALUD Y ESTRATEGIAS PROPUESTAS POR
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Maricela Carmona González

Alejandra Rodríguez Torres

Angelica Heredia Sánchez

José Martín Reyes Pérez

RESUMEN

El estilo de vida comprende conductas y hábitos cotidianos que influyen de manera importante en la salud. En el contexto universitario, este aspecto es especialmente relevante, ya que los estudiantes se encuentran en una etapa de transición hacia la vida adulta en la que se consolidan prácticas relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias y el manejo del estrés. Diversos estudios señalan que entre los universitarios son frecuentes conductas poco saludables, como la mala alimentación, el sedentarismo y el consumo de alcohol y tabaco, factores que incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en el futuro. El objetivo de este estudio fue identificar los principales factores de riesgo asociados al estilo de vida en estudiantes universitarios, las consecuencias percibidas en su salud y las estrategias que proponen para mejorarlo.

Palabras clave: Estilo de vida, estudiantes universitarios, factores de riesgo, Salud Promoción de la salud

ANTECEDENTES

El estilo de vida constituye un conjunto de conductas y patrones de comportamiento que las personas adoptan en su vida cotidiana y que influyen de manera significativa en su salud (Sánchez-Ojeda y De Luna-Bertos, 2015). En el contexto universitario, el estilo de vida tiene relevancia, debido a que los estudiantes se encuentran transitando hacia la vida adulta, y, con frecuencia, las acciones que tomen respecto a la alimentación, actividad física, consumo de sustancias nocivas y manejo de estrés, pueden tener repercusiones adversas sobre su nivel de bienestar general (Lawrence et al, 2017; Collins et al, 2023)

Diversos estudios han mostrado que la alimentación poco saludable, la inactividad física, y el consumo de alcohol y tabaco, son altamente prevalentes entre los estudiantes universitarios (Horaist y Watson, 2024; Savage et al, 2024; Ciceklii y Gokce, 2025). Estas prácticas son un importante problema de salud pública a nivel global, debido a que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades crónico no transmisibles en etapas posteriores de la vida, mismas que representan las principales causas de morbilidad y mortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Se ha enfatizado en el rol preponderante de las instituciones universitarias para fomentar la salud de sus estudiantes, a través de la implementación de intervenciones dirigidas a la modificación de comportamientos poco saludables (Hu et al, 2025). Sin embargo, por otro lado, se ha puntualizado en su papel promotor de prácticas poco saludables; aspectos relacionados con la carga académica, organización de las actividades y la accesibilidad a alimentos saludables en los campus, se consideran factores que limitan la consolidación de prácticas saludables en los estudiantes (Ofstedal et al, 2024). Esta dualidad refleja que, aunque existe conocimiento sobre los beneficios de adoptar estilos de vida saludables, su puesta en práctica está determinada por diversos factores.

El estado actual del problema revela que los estudiantes universitarios representan un grupo poblacional caracterizado por la exposición a múltiples factores de riesgo que podrían determinar el desarrollo de enfermedades crónico no transmisibles como obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, entre otras (Seyam, 2025; Syed et al, 2025; Yogesh et al, 2023).

Este panorama muestra la necesidad de continuar desarrollando investigaciones que permitan comprender los factores determinantes del estilo de vida en estudiantes universitarios de diversos contextos, lo que podría contribuir a generar estrategias de prevención de enfermedades y a elevar el nivel de bienestar general. Es por lo que este estudio tiene como objetivo identificar los principales factores de riesgo del estilo de vida en estudiantes universitarios, así como las consecuencias percibidas sobre su salud y conocer las estrategias que proponen para mejorarlo.

MÉTODOS

Se trata de una investigación mixta, en la que participaron estudiantes de una universidad pública del área de la salud. Los datos fueron recogidos durante el segundo semestre del 2022. Se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO, una ficha sociodemográfica; además se recopilaron datos de peso y talla auto referenciados y se plantearon preguntas abiertas relacionadas con factores que afectan el estilo de vida de los participantes, las consecuencias sobre su salud y propuestas de solución.

El formato de consentimiento informado fue incluido en el segmento introductorio de la encuesta. El ordenamiento y análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows. Se aplicó la prueba de correlación de Pearson entre el puntaje global de la escala, edad e índice de masa corporal. Se analizaron los discursos emitidos por los estudiantes y se generaron esquemas visuales utilizando Atlas ti 9.

RESULTADOS

Participaron un total de 52 estudiantes de 116 matriculados en la institución educativa. El 78.8% fueron mujeres y 21.2% hombres. La edad promedio fue de 21.79 años $\pm$ 4.345 (Mínimo 18 Máximo 44). La mayoría fueron solteros (92.3%).

Con base en el Índice de Masa Corporal, 3.8% se clasificaron con bajo peso, 51.9% normo nutridos y 44.2% con sobrepeso u obesidad.

La puntuación global promedio de los participantes en el cuestionario FANTÁSTICO fue de 65.6 ± 10.654 (Mínimo 30 Máximo 84). La mayoría calificaron con un nivel de estilo de vida bueno o regular (Tabla 1).

Tabla 1.
Categorías de estilo de vida según puntaje total

Estilo de vida	Rango de puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	85 -100	0	0
Bueno	70 - 84	20	38.5
Regular	60-69	17	32.7
Malo	40-59	14	26.9
Necesita mejorar	0-39	1	1.9
Total		52	100.0

Tabla 2.
Puntajes promedio por dimensión

Dimensión	Media ($\pm$ DE)	% sobre el total (65.6)
Familia y amigos	5.9 ($\pm$ 1.97066)	9.0
Actividad física	3.5 ($\pm$ 1.90370)	5.3
Nutrición	6.5 ($\pm$ 2.57050)	9.9
Tabaco	10.0 ($\pm$ 2.00405)	15.2
Alcohol	9.8 ($\pm$ 1.32899)	15.0

Sueño y estrés	6.5 (± 2.31332)	9.9
Trabajo y personalidad	6.9 (± 2.28404)	10.5
Introspección	6.6 (± 2.84332)	10.1
Control de salud, sexualidad	3.1 (± 1.36358)	4.7
Otras conductas	6.8 (± 1.47822)	10.4

Respecto al puntaje global promedio entre mujeres (66.3 ± 9.774) y hombres (62.9 ± 13.663), no se encontró diferencia estadísticamente significativa (t de Student para muestras independientes; $t=.941$, $p=0.351$, $\alpha=0.05$). Tampoco se encontró correlación estadísticamente significativa entre el puntaje global de estilo de vida y el índice de masa corporal (Correlación de Pearson; $r=-.238$ $p=0.090$, $\alpha=0.05$).

El análisis de las respuestas abiertas se enfocó en los ejes temáticos de: factores que afectan el estilo de vida, consecuencias sobre la salud y propuestas de solución.

FACTORES QUE AFECTAN EL ESTILO DE VIDA

Los participantes señalaron como principal limitante a la alimentación no saludable debido a la escasa oferta alimentaria, la infraestructura universitaria y la falta de recursos económicos. Testimonios como: “...en la escuela como tal no hay algo en específico que nos ayude a alimentarnos bien...”, reflejan esta tendencia. Asimismo, el sueño fue otro factor recurrente, principalmente asociado a la duración de la jornada escolar, la carga académica y el estrés. Otro factor mencionado fue la falta de actividad física, el consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco), la falta de motivación y organización de las actividades personales y los profesores.

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD

Las principales consecuencias reportadas fueron efectos adversos sobre las horas de descanso y sueño, malestar psicológico

(estrés, ansiedad), malestar físico (dolor de cabeza y cuerpo), alimentación no saludable, baja autoestima y fluctuaciones en el peso: *“...he dejado de hacer ejercicio por el sedentarismo y conformismo. Me he hinchado de la cara y subido de peso. Me siento deprimido y triste. Afecta mi autoestima...”*. En algunos casos se mencionaron problemas de tipo digestivo.

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Las propuestas se orientaron tanto al nivel individual como institucional:

- A nivel personal, se mencionó la importancia de mejorar la organización del tiempo, capacitación en el manejo de la ansiedad y el estrés, practicar actividad física, así como una alimentación saludable y reducir el consumo de alcohol y tabaco.
- En el ámbito institucional, se sugirió una organización más eficiente de la jornada académica, la mejora de las instalaciones universitarias, sensibilización de los profesores respecto a la carga académica hacia los alumnos, programas de actividad física dentro de la institución, campañas de sensibilización sobre estilos de vida saludables y un programa encaminado a mejorar la convivencia estudiantil.

Tabla 3.
Factores que afectan el estilo de vida, efectos en la salud y estrategias propuestas por estudiantes universitarios

Categoría	Factores que afectan	Consecuencias reportadas	Propuestas
Familia y amigos	“... la responsabilidad de ser madre que reduce mi tiempo y energía en las	“... estrés, ansiedad, sueño...”	“... organización del tiempo...”

	actividades escolares...”		
Actividad física	“... no me da tiempo o termino tan cansada que ya no puedo hacer ejercicio...”	“... he dejado de hacer ejercicio...”	“... crear una rutina de ejercicio para recuperar mi figura a lo que me sentía con la autoestima alta y feliz...” “... actividades de activación en la escuela...”
Nutrición	“... en la escuela como tal no hay algo que nos ayude a alimentarnos bien...” “... no alcanza el dinero para poder comprar cosas...”	“... subo de peso o pierdo peso constantemente...”	“... un área de alimentación para que tengamos más variedad de alimentos además que ayude un poco a la economía estudiantil...”
Tabaco y alcohol	“... el uso de sustancias nocivas”	“... uso de sustancias nocivas...”	“... dejar de beber en un periodo de mínimo un mes, no fumar...”
Sueño y estrés	“... las horas de sueño (duermo 5 horas, en ocasiones menos).	“... tengo sueño siempre...” “... en la falta de sueño. Mi	“... establecer horarios de descanso y así reducir el estrés...”

		estrés aumenta..."	
Trabajo	"... tener actividades extras como trabajar..."	"Estrés, ansiedad, sueño"	"... organización de mi tiempo..."
Académico	"... el horario es muy largo..." "... la escuela no cuenta con los materiales necesarios..." "... la manera de trabajo del profesor y como es que exige..." "La falta de organización y no llevar a cabo los deberes que debo hacer en mi día a día en tiempo y forma..." "... la no empatía, el no respeto, la madurez de mi salón, los comentarios malos..."	"... mi aprendizaje y calificaciones son bajos como para poder seguir..." "... gracias a los malos comentarios desarrolle baja autoestima..." "... me siento deprimido y triste..."	"... mejorar los horarios donde tengamos bien planificadas las horas y los temas que se verán..." "Que los profes sean un poco mas flexibles y que entiendan un poco las situaciones que llegamos a vivir..." "... procurar tener los materiales necesarios..." "... una cafetería y un gimnasio en la escuela..." "... no hacer caso a las malas influencias e informarnos acerca de los daños..."

El análisis cualitativo muestra una clara relación entre los factores identificados (familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco y alcohol, sueño y estrés, trabajo y académico) y las consecuencias físicas y psicológicas reportadas por los participantes. Las soluciones propuestas revelan la conciencia de los estudiantes sobre la necesidad de cambios personales, pero también ponen en evidencia la demanda de intervenciones institucionales que faciliten la adopción de estilos de vida saludables.

Imagen 1.

Factores que afectan el estilo de vida

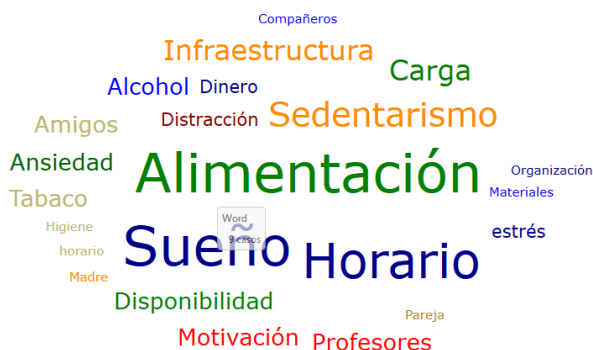


Imagen 2.

Consecuencias sobre la salud



Imagen 3.
Propuestas de solución



Imagen4.
Conjugado



DISCUSIÓN

Este estudio se centró en identificar los principales factores de riesgo del estilo de vida en estudiantes universitarios. Así como las consecuencias percibidas para la salud y conocer las estrategias que proponen para mejorarlo. Integrando datos cuantitativos y cualitativos. Los hallazgos alcanzan relevancia, debido a que los hábitos adquiridos durante la formación universitaria pueden consolidarse en la etapa adulta e impactar de manera adversa en la salud poblacional. Además de brindar información sobre áreas específicas de intervención para promover hábitos saludables.

Los resultados de este estudio muestran que a pesar de que, desde la autopercepción de los participantes, el 71.2% califica con un estilo de vida bueno o regular, destaca la persistencia de prácticas poco saludables.

Se sabe que la alimentación y la práctica de actividad física tienen una relación directa con la salud. En este sentido, el 25% de los participantes en este estudio consideró tener una dieta balanceada y 24.2% se reportó como moderadamente activo al menos 2 veces por semana. Tal como lo reportaron Horaist y Watson (2024) al estudiar el estilo de vida de los estudiantes universitarios del sur de Mississippi. Donde la alimentación poco saludable y la falta de actividad física fueron los principales factores de riesgo. Encontrando que el 19% consideró tener una dieta balanceada y el 54%% se reportó moderadamente activo. Dichos autores también reportaron un 79% de participantes con sentimientos de tristeza o depresión Horaist y Watson (2024), porcentaje muy superior al encontrado en nuestro estudio (36.5%).

El análisis cuantitativo y cualitativo de los datos permitió identificar a las horas de sueño y la duración de la jornada académica como factores que afectan en el estilo de vida de los estudiantes. El 32.7% de los participantes reportó que casi siempre o a menudo duerme bien y se sienten descansados. Además de que 28.8% se considera capaz de manejar el estrés o la tensión en su vida.

Estudios realizados en universitarios han encontrado una correlación positiva entre la practica de actividad física y una mayor calidad del sueño (Zhu et al, 2025); de la misma manera se ha reportado una correlación negativa entre el ejercicio físico depresión, el estrés y la ansiedad (Elkin et al 2025).

Un estudio realizado en estudiantes universitarios chinos reportó a la actividad física como un factor protector contra estilos de vida poco saludables (Zhang et al, 2025). Asimismo, se ha reportado que la reducción de la calidad del sueño conduce al agotamiento académico al aumentar los niveles de estrés percibido (Zakiei et al, 2025).

El consumo de tabaco y alcohol constituyen factores de riesgo prevalentes entre los estudiantes universitarios.

En el presente estudio un 88.7% de los participantes reportó un consumo medio por semana de 0-7 tragos y en cuanto al consumo de tabaco, 21.2% reportó fumar 1-10 cigarrillos por semana. Ciceklii y Gokce (2025) reportaron en un grupo de estudiantes universitarios cifras para el hábito de fumar de 25.2% y de 44.5% para el consumo de alcohol; lo que sugiere una alta vulnerabilidad en la población de estudio.

Las barreras institucionales representan limitantes en la adopción de un estilo de vida saludable, que en el caso de los estudiantes universitarios dificulta la adopción de una dieta saludable y la práctica de actividad física.

Los resultados de este estudio mostraron que una cuarta parte de los participantes declaró tener una dieta balanceada; 1.9% reportó evitar azúcar o sal o grasas o comida chatarra y 46.2% exceso de peso. La falta de acceso a alimentos saludables en el espacio universitario, así como la escasez de recursos económicos para adquirir alimentos, fueron las principales limitantes. Así como lo reportaron Horaist y Watson (2024) en su estudio, solo el 21% de la muestra aseveró consumir una dieta balanceada y 17% evitó consumir azúcar o sal o grasas o comida chatarra.

CIERRE

El ámbito universitario representa un espacio propicio para fomentar la adopción de conductas saludables, que contribuyan a mejorar la salud de los estudiantes y la reducción de factores de riesgo. Los resultados obtenidos denotan la necesidad de implementar estrategias dirigidas a la adopción de un estilo de vida saludable, que contribuya al bienestar físico y psicológico.

Se sugiere considerar para futuros estudios la inclusión de variables como desempeño escolar, estrés, autoestima y prevalencia de problemas digestivos. Dentro de las limitaciones de este trabajo

se destaca uso de datos de peso y talla auto referidos que pudieron implicar un sesgo en la información obtenida.

REFERENCIAS

- Aceijas, C., Waldhäusl, S., Lambert, N., Cassar, S. y Bello-Corassa, R. (2017). Determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios. *Perspectivas en salud pública*, 137 (4), 227-236. <https://doi.org/10.1177/1757913916666875>
- Calpa, A. M., Santacruz, G. A., Álvarez, M., Zambrano, C. A., Hernández, E. de Matabanchoy, S. M. (2019). Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia la promoción de la salud*, 24(2), 139-155. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.11>
- Castaño, Á., y Stella, L. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95-101. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100011
- Cicekli, I., y Gokce Eskin, S. (2025). High prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors for non-communicable diseases among university students: a cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 12, 1484164. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1484164>
- Collins, S., Hoare, E., Allender, S., Olive, L., Leech, R. M., Winpenny, E. M., Jacka, F., y Lotfalian, M. (2023). A longitudinal study of lifestyle behaviours in emerging adulthood and risk for symptoms of depression, anxiety, and stress. *Journal of affective disorders*, 327, 244-253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.010>
- Doak, S., Kearney, J. M., McCormack, J. M., y Keaver, L. (2023). The relationship between diet and lifestyle behaviours in a sample of higher education students; a cross-sectional study. *Clinical*

nutrition ESPEN, 54, 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.01.036>

Elkin, N., Kütük, H., Soydan, A. M., y Tanrıver, S. Ç. (2025). Mediating factors in the relationship between smartphone addiction and sleep quality: depression, stress, and anxiety. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 71(7), e20242069. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20242069>

Horaist, H., y Watson, M. (2024). Healthy Lifestyle Behaviors Among First-Year College Students Attending a University in Mississippi. *American journal of lifestyle medicine*, 15598276241249951. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15598276241249951>

Hu, C., Lv, Z., Zhu, J., Lai, C., Guo, D., Chen, M., Cheng, X., Rao, M., Zhou, X., y Su, L. (2025). The Impact of Digital Technology-Based Exercise Combined With Dietary Intervention on Body Composition in College Students With Obesity: Prospective Study. *Journal of medical Internet research*, 27, e65868. <https://doi.org/10.2196/65868>

Lawrence, E. M., Mollborn, S., y Hummer, R. A. (2017). Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health. *Social science & medicine*, 193, 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.041>

Oftedal, S., Fenton, S., Hansen, V., Whatnall, M. C., Ashton, L. M., Haslam, R. L., Hutchesson, M. J., y Duncan, M. J. (2024). Changes in physical activity, diet, sleep, and mental well-being when starting university: A qualitative exploration of Australian student experiences. *Journal of American college health*, 72(9), 3715–3724. <https://doi.org/10.1080/07448481.2023.2194426>

Sánchez-Ojeda, M. A., y De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910–1919. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8608>

- Seyam, M. K. (2025). Prevalence of obesity and associated risk factors among university students using the newly developed Student Lifestyle and Obesity Risk Questionnaire (SLORQ): a cross-sectional study. *PeerJ*, 13, e19556. <https://doi.org/10.7717/peerj.19556>
- Syed, R., D, R., P, M., Surya, B. N., Narayanan, H., y Murthy, G. (2025). Pre-hypertension and Associated Risk Factors Among Undergraduate Medical Students in Chengalpattu District: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 17(6), e85896. <https://doi.org/10.7759/cureus.85896>
- World Health Organization (WHO). (2021). Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/978924000049>
- Yogesh, M., Kagathara, N., Ram, R., Misra, S., y Kagathara J. (2023). Exploring Behavioral Risk Factors for Non-communicable Diseases Among Undergraduate Medical Students in Western Gujarat: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 15(11), e49188. <https://doi.org/10.7759/cureus.49188>
- Zakiei, A., Khazaie, H., Azadi, M., Mohsenpour, S., y Komasi, S. (2025). The mechanism of sleep quality's effect on academic burnout: examining the mediating role of perceived stress. *BMC medical education*, 25(1), 1018. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07617-6>
- Zhang, L., Zhong, T., y Dong, K. (2025). University-based physical education as a structured temporal and spatial opportunity for shaping health-oriented lifestyles. *Frontiers in public health*, 13, 1597480. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1597480>
- Zhu, Y., Zhang, Q., Zhu, P., Dong, Y., Tan, L., Liu, P., y Yi, Z. (2025). A chain mediation model for physical exercise and sleep quality. *Scientific reports*, 15(1), 30527. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-16017-1>

ANEXO

Tabla 1

Familia y amigos		Casi nunca fi %	Rara vez fi %	Algunas veces fi %	A menudo fi %	Casi siempre fi %
	Tengo alguien para conversar sobre cosas que son importantes para mi	3 (5.8)	1 (1.9)	17(32.7)	9 (17.3)	22 (42.3)
	Doy y recibo afecto	1 (1.9)	3 (5.8)	14 (26.9)	12 (26.9)	22 (42.3)
Actividad física		<1 vez/ semana	1-2 veces/ semana	3 veces/ semana	4 veces/ semana	≥5 veces/ semana
	Realizo actividad vigorosa por al menos 30 minutos al día	24 (46.2)	14 (26.9)	6 (11.5)	7 (13.5)	1 (1.9)

	Soy moderadamente activo/a	3 (5.8)	8 (15.4)	13 (25.0)	12 (23.1)	16 (30.8)
Alimentación y nutrición		Casi nunca fi %	Rara vez fi %	Algunas veces fi %	A menudo fi %	Casi siempre fi %
	Tengo una dieta balanceada	8 (15.4)	8 (15.4)	20 (38.5)	13 (25)	3 (5.8)
		4 de estos	3 de estos	2 de estos	1 de estos	Ninguno
	A menudo como en exceso: 1) azúcar o 2) sal o, 3) grasas o 4) comida chatarra	9 (17.3)	10 (19.2)	17 (32.7)	15 (28.8)	1 (1.9)
		Mas de 8kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg o sin exceso de peso
	Estoy pasado de peso	9 (17.3)	3 (5.8)	6 (11.5)	6 (11.5)	28 (53.8)
Tabaco, dependencia		<10/semana	1-10/semana	Ninguno en los últimos 6 meses	Ninguno en el último año	Ninguno en los

						últimos 5 años
	Fumo cigarrillos	0 (0)	11 (21.2)	10 (19.2)	4 (7.7)	27 (51.9)
		Algunas veces			Nunca	
	Uso drogas (mariguana o cocaína)	2 (3.8)			50 (96.2)	
		Casi a diario	A menudo	Ocasionalmente	Casi nunca	Nunca
	Uso excesivamente remedios que me prescriben o los que puedo comprar sin receta	0 (0)	3 (5.8)	7 (13.5)	17 (32.7)	25 (48.1)
		Mas de 10/día	6-10/día	3-6/día	1-2/día	Nunca
	Consumo bebidas que contienen cafeína como	0 (0)	0 (0)	3 (5.8)	42 (80.8)	7 (13.5)

	café, té, bebidas energéticas, cola					
Alcohol		>20 tragos	13-20 tragos	11-12 tragos	5-10 tragos	0-7 tragos
	Mi consumo medio de alcohol por semana es de:	0 (0)	1 (1.9)	2 (3.8)	3 (5.8)	46 (88.5)
		Casi a diario	A menudo	Ocasionalmente	Casi nunca	Nunca
	Bebo más de cuatro tragos en una ocasión	0 (0)	4 (7.7)	13 (25.0)	18 (34.6)	17 (32.7)
		Algunas veces			Nunca	
	Conduzco después de beber	2 (3.8)			50 (96.2)	
		Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
Sueño y estrés	Duermo bien y me siento descansado	7 (13.5)	8 (15.4)	20 (38.5)	12 (23.1)	5 (9.6)

	Soy capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida	3 (5.8)	8 (15.4)	26 (50.0)	10 (19.2)	5 (9.6)
	Me relajo y disfruto mi tiempo libre	3 (5.8)	6 (11.5)	18 (34.6)	16 (30.8)	9 (17.3)
Sexualidad	Practico sexo seguro	6 (11.5)	2 (3.8)	4 (7.7)	11 (21.2)	29 (55.8)
Personalidad		Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Parece que ando acelerado/a	8 (15.4)	6 (11.5)	17 (32.7)	13 (25.0)	8 (15.4)
	Me siento enojado u hostil	2 (3.8)	13 (25.0)	15 (28.8)	18 (34.6)	4 (7.7)
Introspección		Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
	Soy optimista y pienso positivo	1 (1.9)	4 (7.7)	19 (36.5)	15 (28.8)	25.0
	Me siento tenso/a o apretado/a	6 (11.5)	9 (17.3)	21 (40.4)	11 (21.2)	5 (9.6)

	Me siento triste o deprimido/a	6 (11.5)	13 (25.0)	14 (26.9)	10 (19.2)	9 (17.3)
Trabajo		Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
	Estoy satisfecho/a con mi trabajo y rol	3 (5.8)	2 (3.8)	19 (36.5)	19 (36.5)	9 (17.3)
Otros		Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
	Utilizo cinturón de seguridad	3 (5.8)	5 (9.6)	8 (15.4)	10 (19.2)	26 (50)

Fuente Propia.



Maricela Carmona González

<https://orcid.org/0000-0002-3455-8999>

Nutrióloga. Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud. Estancia Posdoctoral en Ciencias en Conservación del Patrimonio Paisajístico del Instituto Politécnico Nacional. Profesora en la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Autónoma del Estado de México Campus Amecameca. Su trabajo se centra principalmente en la nutrición desde una perspectiva de salud pública, con énfasis en los determinantes sociales, las prácticas alimentarias y las representaciones sociales de la alimentación. Se destaca el trabajo en una sub-línea de investigación que articula la nutrición funcional con el envejecimiento saludable, la cual integra enfoques biológicos y sociales, con énfasis en la prevención de enfermedades crónicas y la mejora del bienestar en poblaciones vulnerables; así como, investigación complementaria ubicada en el campo de la bioética y la salud pública, centrada en la autonomía del paciente y el derecho a una muerte digna.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.



Angelica Heredia Sánchez

<https://orcid.org/0009-0009-1011-7476>

Licenciada en Trabajo Social por el Instituto Politécnico Nacional (IPN), Maestra en Ciencias de la Educación por la Universidad del Valle de México (UVM) y Doctora en Educación por la Universidad de América del Norte (UAN), Académico del Nivel Medio Superior en la UAEMÉX adscrita al Plantel

No.7 de la Escuela Preparatoria ha participado como organizadora y ponente de congresos nacionales e internacionales, autora de diversas publicaciones entre las que se encuentran capítulos de libro y artículos de investigación, es investigadora de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural, su línea de investigación está desarrollada en torno a la educación para la salud.



José Martín Reyes Pérez

<https://orcid.org/0000-0002-8443-6973>

Licenciado en Derecho. Diplomado en Ciencias Penales. Maestro en Ciencias Penales. Doctor en Ciencias Penales, Instituto de Ciencias Jurídicas de Estudios Superiores (INCIJES). Profesor de Tiempo Completo en el Centro Universitario (UAEMex) Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México

adscrito a la Licenciatura en Derecho. Sus trabajos se enfocan en el ámbito del Derecho y la atención a la Salud. Asimismo, investiga sobre los mecanismos legales para la protección y el acceso a la salud pública.

FUNDAMENTOS Y PRÁCTICAS TRANSFORMADORAS EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Luisana Melo Solórzano
Mary Reina Ramos Rodríguez

RESUMEN

Este capítulo asume a la Salud Colectiva como un marco crítico, transdisciplinario, emancipador e intercultural para diseñar políticas públicas en salud. Cuestiona el modelo biomédico hegemónico que perpetúa desigualdades y propone un enfoque basado en el materialismo histórico, la Medicina Social Latinoamericana y la determinación social de la salud. Integra saberes diversos, como los ancestrales, para abordar las condiciones estructurales que configuran los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Analiza cómo los sistemas de salud en América Latina han sido moldeados por legados coloniales y reformas neoliberales, que fomentaron la mercantilización, y destaca experiencias alternativas como “Barrio Adentro” (Venezuela) y el modelo SAFCI (Bolivia) que priorizan la atención primaria, la participación comunitaria y la interculturalidad. Estas prácticas promueven la equidad como justicia social, la universalidad como inclusión plural y la integralidad como atención holística. El texto propone sistematizar experiencias comunitarias, crear consejos de salud con representación indígena, establecer filtros éticos para políticas públicas y garantizar financiamiento sostenible. Aboga por indicadores que midan equidad y participación, desafiando las lógicas tecnocráticas y mercantiles. La Salud Colectiva se presenta como una *praxis* ético-política que dignifica la vida, fortalece la autodeterminación y construye sistemas de salud justos, reconociendo a los movimientos sociales como sujetos/as claves en la transformación estructural de los sistemas sanitarios.

Palabras clave: Salud colectiva, políticas públicas, transdisciplinariedad, emancipación, interculturalidad, equidad.

INTRODUCCIÓN

La formulación de políticas públicas en salud desde la perspectiva de la Salud Colectiva representa un desafío complejo que trasciende los enfoques técnicos y normativos tradicionales. Este proceso, profundamente político y social, implica la convergencia de múltiples sujetos, saberes y dinámicas históricas, económicas y socioculturales que configuran los sistemas de salud en contextos específicos.

La Salud Colectiva, como campo de pensamiento y acción, se posiciona como una alternativa crítica al modelo biomédico hegemónico que ha priorizado la atención curativa, hospitalocéntrica y mercantilizada, perpetuando desigualdades estructurales en el acceso a la salud. En este sentido, el presente capítulo busca explorar los fundamentos teóricos, epistemológicos y ético-políticos que sustentan la Salud Colectiva. Así como las prácticas transformadoras que, desde los territorios y las comunidades, están redefiniendo los sistemas de salud en América Latina y más allá.

La Salud Colectiva no concibe la salud únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un derecho humano inalienable y una *praxis* transformadora capaz de generar cambios estructurales en las condiciones de vida de las poblaciones. Este enfoque se nutre de una perspectiva transdisciplinaria que articula disciplinas como la sociología, la antropología, la economía política, la ecología y los estudios culturales, rompiendo con las fragmentaciones del conocimiento impuestas por el paradigma científico moderno. Además, adopta una postura emancipadora que promueve la autodeterminación de los pueblos y la justicia social como principios rectores, reconociendo a las comunidades, no solo como

beneficiarias, sino como sujetos políticos activos en la construcción de políticas públicas.

La interculturalidad crítica otro pilar fundamental. Interpela las bases coloniales del conocimiento médico y reivindica las epistemologías del Sur, integrando saberes ancestrales y prácticas comunitarias en la formulación de sistemas de salud más justos y culturalmente pertinentes.

Históricamente, los sistemas de salud en América Latina han sido moldeados por estructuras coloniales que establecieron un acceso diferenciado a la atención médica, priorizando a las élites y marginalizando a poblaciones indígenas y afrodescendientes. Este legado de inequidad se profundizó en el siglo XX con las reformas neoliberales impulsadas por organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que promovieron la privatización, la descentralización y la mercantilización de la salud. Estas políticas transformaron la salud en un bien de mercado, debilitando los sistemas públicos y ampliando las brechas de acceso, especialmente a los sectores más frágiles.

Frente a este panorama, han surgido experiencias alternativas inspiradas en enfoques socialistas y de Salud Colectiva, como el modelo cubano de atención primaria, el programa “Barrio Adentro” en Venezuela o el modelo SAFCI en Bolivia, que priorizan la participación comunitaria, la atención integral y el reconocimiento de la diversidad cultural.

En un contexto global, caracterizado por la profundización de las desigualdades y la mercantilización de la vida, la formulación de políticas públicas en salud debe responder a las necesidades reales de las comunidades, superando enfoques asistencialistas y fragmentados. Esto requiere una reflexión crítica sobre los paradigmas dominantes, que han reducido la salud a la gestión de enfermedades y han ignorado las determinaciones sociales, políticas y económicos que la configuran.

La Salud Colectiva propone un cambio de paradigma, donde la salud se entienda como una construcción social atravesada por

relaciones de poder, y donde las políticas públicas se diseñen desde una perspectiva ética que priorice la equidad, la universalidad y la integralidad.

La equidad, en este marco, no se limita al acceso igualitario a servicios, sino que implica abordar las desigualdades históricas que afectan a grupos transgredidos por razones de clase, género, etnia o territorio. La universalidad, por su parte, no debe traducirse en uniformidad, sino en la inclusión de todas las formas de concebir y vivir la salud, respetando las cosmovisiones y prácticas de los pueblos originarios y comunidades marginadas. La integralidad, finalmente, exige un enfoque holístico que contemple la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención clínica y el cuidado del entorno, articulando sectores como la educación, la vivienda y ambiente entre otros.

Este capítulo se estructura en cuatro ejes principales. En primer lugar, se abordan los fundamentos filosóficos y epistemológicos de la Salud Colectiva, que cuestionan el reduccionismo biomédico y promueven un diálogo entre saberes diversos. En segundo lugar, se analizan las estructuras históricas, políticas, económicas y socioculturales que han configurado los sistemas de salud, destacando el impacto del neoliberalismo y las propuestas alternativas basadas en la justicia social. En tercer lugar, se presentan prácticas transformadoras, como las estrategias de atención primaria comunitaria y los procesos formativos críticos, que evidencian la posibilidad de construir sistemas de salud más equitativos y participativos. Finalmente, se proponen estrategias concretas para la formulación de políticas públicas, incluyendo la sistematización de experiencias comunitarias, la creación de consejos de salud y el establecimiento de marcos normativos que garanticen financiamiento sostenible.

El objetivo central es contribuir a la construcción de un horizonte de políticas públicas en salud que no solo respondan a las necesidades epidemiológicas, sino que promuevan el derecho a la vida digna, la justicia social y la autodeterminación de los pueblos.

Este esfuerzo requiere descolonizar las prácticas sanitarias, reconocer a los movimientos sociales como sujetos claves y transformar las lógicas de poder que han configurado los sistemas de salud. La Salud Colectiva, en este sentido, se presenta como una apuesta ético-política que no solo busca reformar los sistemas existentes, sino imaginar y construir un futuro donde la salud sea un bien común, gestionado desde la participación, la diversidad y el compromiso con la dignidad humana.

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DE LA SALUD COLECTIVA: ENFOQUES TEÓRICOS Y EPISTEMOLÓGICOS

La Salud Colectiva, como campo de pensamiento y acción, se fundamenta en una construcción filosófica que trasciende la visión biomédica hegemónica y cuestiona los paradigmas reduccionistas que han dominado la formulación de políticas públicas en salud.

Su marco epistemológico se sitúa en la intersección entre la filosofía crítica, el pensamiento latinoamericano y la *praxis* transformadora, articulando enfoques teóricos que buscan desentrañar las relaciones de poder, las determinaciones estructurales de la salud y la producción social del conocimiento.

Desde una perspectiva crítica, la Salud Colectiva encuentra en el materialismo histórico y dialéctico una clave analítica para comprender la salud como un fenómeno determinado por condiciones económicas, políticas y sociales (Candioti 2017). En esta línea, la propuesta de la Medicina Social Latinoamericana y los enfoques de determinación social de la salud han sido fundamentales para evidenciar cómo las desigualdades estructurales configuran patrones diferenciales de salud y enfermedad en las poblaciones (Celia Iriart, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada, y Emerson Elías Merhy 2002).

Paralelamente, el enfoque transdisciplinario amplía las fronteras epistemológicas del campo, integrando saberes provenientes de la sociología, la antropología, la economía política,

la ecología y los estudios culturales, entre otros. Este enfoque permite superar las fragmentaciones disciplinares y construir una visión más holística y contextualizada de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (Basarab Nicolescu 1996).

Otro pilar filosófico esencial es el pensamiento decolonial y la interculturalidad crítica, que interpelan las bases coloniales del conocimiento en salud y reivindican las epistemologías del Sur como formas legítimas de producción de saber (Catherine Walsh, 2014). La Salud Colectiva se nutre así de los aportes de comunidades indígenas, afrodescendientes y movimientos sociales, quienes han desarrollado prácticas y conocimientos alternativos para la promoción y el cuidado de la vida.

Desde una óptica emancipadora, la teoría de la autodeterminación de los pueblos y los enfoques basados en la justicia social orientan la formulación de políticas públicas hacia modos más participativos, en los cuales los sujetos/as colectivos juegan un papel activo en la definición de sus propias estrategias de salud (Hoevel, C. 2011). En este sentido, la democratización del conocimiento y la construcción de políticas desde abajo emergen como principios rectores de una Salud Colectiva comprometida con la transformación social.

La Salud Colectiva, al integrar la transdisciplinariedad, la emancipación y la interculturalidad crítica, redefine la salud como un proceso social y político, desafiando los paradigmas biomédicos y coloniales. Estos fundamentos filosóficos y epistemológicos sientan las bases para analizar y transformar las políticas públicas en salud, promoviendo sistemas que respondan a las necesidades colectivas y fomenten la justicia social, como se explorará en el análisis contextual que sigue.

DIMENSIONES HISTÓRICAS, POLÍTICAS, ECONÓMICAS Y SOCIOCULTURALES EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Como ya se ha mencionado, la Salud Colectiva, como campo crítico y transformador, se fundamenta en principios filosóficos y epistemológicos que trascienden el modelo biomédico hegemónico, promoviendo la transdisciplinariedad, la emancipación y la interculturalidad crítica como ejes para reimaginar los sistemas de salud.

Estos fundamentos, arraigados en el materialismo histórico, la Medicina Social Latinoamericana y las epistemologías del Sur, ofrecen un marco robusto para analizar cómo las dinámicas históricas, políticas, económicas y socioculturales han configurado las políticas públicas en salud en América Latina.

A continuación, se presenta un análisis conciso de estas dimensiones, destacando su impacto en la construcción de sistemas sanitarios y su relación con los principios de equidad, universalidad e integralidad.

Este análisis histórico y contextual ilustra cómo las estructuras de poder han perpetuado desigualdades, al tiempo que experiencias alternativas han emergido para desafiarlas, alineándose con el imperativo ético de la Salud Colectiva de transformar las condiciones de vida y garantizar el derecho a la salud.

CONTEXTO HISTÓRICO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: LEGADO COLONIAL Y DESIGUALDADES ESTRUCTURALES

Desde la época colonial, los sistemas de salud en América Latina han estado marcados por una fuerte desigualdad en el acceso a los servicios. La medicina, estructurada bajo un modelo asistencialista centrado en órdenes religiosas y élites coloniales, excluyó a poblaciones indígenas y afrodescendientes, limitando su acceso a la atención médica. Este legado ha perpetuado una

fragmentación en los sistemas sanitarios modernos, donde la inequidad estructural actúa como barrera principal para lograr la universalización del derecho a la salud (Roses Periago, 2003).

La Salud Colectiva identifica en estas dinámicas coloniales el origen de las brechas actuales, proponiendo políticas que reconozcan la diversidad cultural y promuevan la justicia social. Por ejemplo, la exclusión histórica de comunidades marginadas ha generado sistemas de salud fragmentados que priorizan a las élites urbanas, dejando a las poblaciones rurales e indígenas en desventaja; un desafío que las políticas transformadoras buscan revertir mediante enfoques participativos e interculturales.

NEOLIBERALISMO Y MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD

A finales del siglo XX, las reformas neoliberales impulsadas por el Banco Mundial y el FMI promovieron la privatización y descentralización, transformando la salud en un bien de mercado. Esto debilitó los sistemas públicos, redujo la inversión en prevención y amplió las brechas de acceso, priorizando un enfoque curativo y hospitalocéntrico (Laurell, 2000; Homedes & Ugalde, 2005).

Estas reformas, implementadas durante las décadas de 1980 y 1990, resultaron en un estancamiento del gasto público en salud como proporción del PIB, incrementando el gasto de bolsillo y la desigualdad. La Salud Colectiva critica este modelo por su impacto en la exclusión social, proponiendo sistemas que reintegren la salud como un derecho universal y promuevan la atención primaria como estrategia para reducir inequidades.

ALTERNATIVAS SOCIALISTAS Y SALUD COLECTIVA

En respuesta, experiencias como “Barrio Adentro” en Venezuela y el sistema cubano han priorizado la atención primaria integral y la participación comunitaria. Jaime Breilh (2013) aboga por modelos que integren determinantes sociales, ambientales y

económicos, promoviendo una justicia social basada en la universalidad de los derechos (De Negri Filho, 2011).

Estas propuestas buscan superar las brechas entre los que tienen y no tienen acceso, planteando una forma superior de justicia que transforme las condiciones de vida. Armando De Negri Filho (2011) subraya que la equidad debe materializarse en oportunidades para una mejor calidad de vida, alineándose con el imperativo ético de la Salud Colectiva de diseñar políticas que impacten estructuralmente en la sociedad, como la integración de redes comunitarias en la gestión sanitaria.

DIMENSIONES POLÍTICAS Y ECONÓMICAS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD: INFLUENCIA DEL ESTADO, ORGANISMOS INTERNACIONALES Y CORPORACIONES

Las políticas de salud responden a intereses políticos y económicos, como señaló Rudolf Virchow (2018). El neoliberalismo ha reducido el rol del Estado, favoreciendo a corporaciones y organismos internacionales, lo que ha limitado el acceso a medicamentos y servicios mediante tratados comerciales y regulaciones globales (Laurell, 2014).

Esta redefinición del Estado ha transformado las políticas sociales en lógicas de mercado, restringiendo la capacidad de los gobiernos para garantizar el derecho a la salud. La Salud Colectiva propone fortalecer el rol del Estado como garante de derechos, promoviendo políticas que prioricen el interés público y contrarresten la influencia de actores privados que perpetúan desigualdades.

IMPACTO DE LA MERCANTILIZACIÓN EN LA EQUIDAD

La mercantilización ha profundizado las desigualdades, debilitando los sistemas públicos y promoviendo lógicas de aseguramiento sobre derechos. Las reformas neoliberales han

ampliado las brechas de acceso, afectando especialmente a poblaciones vulnerables (Laurell, 2014).

Además, organismos internacionales han promovido soluciones mercantiles que despojan de contenido social conceptos como universalidad y derecho, generando retrocesos en el acceso a la salud. La Salud Colectiva denuncia estas dinámicas, abogando por políticas que transformen las condiciones estructurales de inequidad mediante la redistribución equitativa de recursos y la priorización del bien colectivo.

FINANCIAMIENTO PARA LA UNIVERSALIDAD E INTEGRALIDAD

El financiamiento equitativo es crucial para garantizar la salud como derecho. Propuestas como el Complejo Económico Industrial e Innovación en Salud (Grabois, 2003) buscan articular la salud con el desarrollo económico, priorizando el interés público y una distribución justa de recursos.

Estas iniciativas proponen reformas tributarias y un complejo industrial integrado para producir insumos, medicamentos y equipos, asegurando una economía sanitaria sustentable. La Salud Colectiva enfatiza que el financiamiento debe enfocarse en garantizar una vida digna, promoviendo políticas que integren sectores como la educación y la vivienda entre otros, para abordar las determinaciones sociales de la salud.

DIMENSIONES SOCIOCULTURALES E INTERCULTURALES EN LA SALUD: DIVERSIDAD CULTURAL Y RETOS DE LA INTERCULTURALIDAD

La homogenización de los sistemas de salud ignora saberes tradicionales, perpetuando la exclusión de comunidades indígenas y afrodescendientes. La interculturalidad crítica (Walsh, 2014) y las epistemologías del Sur (Santos, 2009) promueven un diálogo entre

cosmovisiones, reconociendo la diversidad cultural como pilar de políticas inclusivas.

Este enfoque desafía la imposición de modelos biomédicos que marginan prácticas ancestrales, proponiendo sistemas de salud que integren medicinas tradicionales y occidentales. La Salud Colectiva aboga por políticas que respeten las pautas culturales de género, etnia y territorio, asegurando que las comunidades participen activamente en la definición de sus necesidades sanitarias.

RESISTENCIA COMUNITARIA A MODELOS CENTRALIZADOS

La exclusión de saberes tradicionales y la imposición de modelos de salud homogéneos, descritos en el apartado anterior, han generado respuestas de resistencia en comunidades marginadas. Frente a sistemas de salud centralizados y excluyentes, estas comunidades han promovido la autogestión como alternativa, desafiando las lógicas biomédicas y mercantiles (Illich, 1975). La Salud Colectiva denuncia la cooptación de conceptos progresistas por lógicas mercantiles, abogando por prácticas comunitarias transformadoras que prioricen la autonomía colectiva.

Ejemplos como las redes de promotoras de salud en América Latina muestran cómo las comunidades generan estrategias de cuidado colectivo, desafiando sistemas impuestos desde centros de poder. Estas iniciativas fortalecen la capacidad de las poblaciones para exigir sus derechos y construir alternativas locales frente a políticas excluyentes.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS

La participación social es esencial para la Salud Colectiva, como demuestran experiencias en Ecuador (co-diseño en Ferroviaria, Quito) y México (promotoras comunitarias). Estas

iniciativas fortalecen la justicia social y la exigibilidad de derechos, empoderando a las comunidades (Freire en Masi, 2008; Fraser, 2008; PES, 2003).

La Salud Colectiva considera la participación como un pilar para construir sujetos/as conscientes de sus derechos, capaces de incidir en políticas públicas. Procesos como las consultas indígenas en Ecuador o las campañas comunitarias en México demuestran cómo la co-creación fortalece la legitimidad y efectividad de las políticas sanitarias.

CRÍTICA AL MODELO BIOMÉDICO Y PERSPECTIVAS TRANSFORMADORAS

El modelo biomédico, criticado por Navarro (2008) y Menéndez (2020), reduce la salud a la enfermedad, marginalizando saberes alternativos y perpetuando desigualdades. La Salud Colectiva propone políticas que integren enfoques de género, etnia y territorio, promoviendo una visión holística y equitativa que combata las insuficiencias entre necesidades y ofertas (PES, 2003).

Esta crítica subraya la necesidad de descolonizar el conocimiento médico, reconociendo prácticas comunitarias y ancestrales como legítimas. Al integrar estas perspectivas, las políticas públicas pueden abordar las desigualdades estructurales, promoviendo sistemas de salud que respondan a las necesidades reales de las poblaciones.

SÍNTESIS: HACIA UNA SALUD COLECTIVA TRANSDISCIPLINARIA, EMANCIPADORA E INTERCULTURAL

La Salud Colectiva articula la transdisciplinariedad (Morin, 1999), la emancipación (Freire, 1970) y la interculturalidad crítica (Walsh, 2014) para transformar los sistemas de salud. Estas perspectivas desafían las lógicas tecnocráticas y coloniales,

promoviendo el diálogo de saberes, la autonomía colectiva y la justicia social (Fals Borda, 1986).

Este horizonte transformador no solo propone reformas administrativas, sino una revolución ética y política que priorice la vida digna. Las experiencias comunitarias y los principios de la Salud Colectiva abren caminos hacia sistemas de salud que cultiven la reciprocidad y el cuidado colectivo, sentando las bases para las prácticas transformadoras de la sección siguiente.

PRÁCTICAS TRANSFORMADORAS EN SALUD COLECTIVA: EJEMPLOS Y EXPERIENCIAS QUE FORTALECEN EQUIDAD, UNIVERSALIDAD E INTEGRALIDAD

Hablar de transformación en los sistemas de salud implica mucho más que discursos normativos; exige poner en el centro las prácticas concretas que, desde los territorios, comunidades e instituciones comprometidas con la vida, están construyendo alternativas reales frente a la lógica hegemónica de medicalización, fragmentación y mercantilización de la salud. Estas prácticas, muchas veces invisibilizadas por los aparatos de conocimiento dominante, son expresiones vivas de una salud colectiva que se resiste, se reinventa y se proyecta hacia el horizonte de la equidad, la universalidad y la integralidad.

La equidad no puede pensarse solamente como acceso igualitario a servicios, sino como justicia en el tratamiento de las desigualdades históricas que afectan a grupos transgredidos por razones de clase, género, etnia o territorio.

En este sentido, una práctica transformadora es aquella que no homogeniza, sino que reconoce y actúa sobre las condiciones sociales y estructurales que producen enfermedad y exclusión. Un ejemplo emblemático lo constituyen las Estrategias de Atención Primaria en Salud con enfoque comunitario en América Latina, como el modelo brasileño de *Saúde da Família*, el modelo cubano de *médico de familia*, o las iniciativas del sistema de salud colombiano

basadas en redes comunitarias o las de Venezuela con la iniciativa de “Barrio Adentro”. En todos esos casos, se fortalecen equipos de salud que trabajan en territorio, con participación de la comunidad y una mirada ampliada de la determinación social.

En el caso específico la iniciativa de “Barrio Adentro”, el logro inicial fue notable en cobertura primaria: Barrio Adentro expandió de forma rápida la atención primaria en muchos barrios pobres (miles de puntos de consulta, decenas de miles de profesionales cubanos, millones de consultas, alcance poblacional medible —p. ej. ~17 millones).

Los impactos en indicadores poblacionales muestran señales positivas tempranas (por ejemplo, descenso moderado de mortalidad infantil 2003–2005 en los datos usados por PAHO) pero la evidencia rigurosa es limitada y difícil de desagregar por componentes del programa. Sin embargo, desde la crisis estructural, el programa sufrió reducción de actividad, cierres y escasez que comprometieron su capacidad.

La universalidad, por su parte, implica garantizar el derecho a la salud para todas las personas sin distinción. Pero esta garantía no se realiza solo desde el diseño legal de un sistema de cobertura, sino desde el reconocimiento de las múltiples formas de concebir, cuidar y vivir la salud.

En este sentido, las experiencias de interculturalidad en salud impulsadas por pueblos originarios en Bolivia, Ecuador o Venezuela muestran cómo los sistemas de salud pueden integrar la medicina tradicional con la medicina occidental, reconociendo saberes ancestrales como parte fundamental de un sistema universal pluralista. La creación de espacios de diálogo de saberes, las casas de parto con parteras tradicionales o los protocolos de atención con pertinencia cultural son ejemplos de cómo la universalidad no implica uniformidad, sino respeto y legitimación de la diversidad.

Así se muestra cómo el modelo Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI) es la política-modelo oficial del Estado

Plurinacional de Bolivia para reorientar el sistema de salud hacia la atención primaria centrada en la familia y la comunidad, con reconocimiento explícito de la interculturalidad y la medicina tradicional como parte del sistema. Fue formalizado por el Estado mediante un Decreto Supremo y documentos técnicos que lo definen como la estrategia para reducir la exclusión sanitaria y avanzar hacia la cobertura universal a través de la promoción, prevención y atención integral desde lo local y comunitario.

Los principios de la política SAFCI se inscriben en la participación social, la interculturalidad, la intersectorialidad y la integralidad.

El modelo SAFCI es una política innovadora y significativa porque propone una reorientación del sistema de salud desde la Atención Primaria de Salud (APS) hacia la interculturalidad y la centralidad comunitaria, con un fuerte respaldo normativo.

Sin embargo, su impacto real sobre la reducción de inequidades depende críticamente de financiamiento sostenido, capacidad local, procesos reales de diálogo intercultural y evaluaciones rigurosas que permitan ajustar estrategias.

En términos metodológicos, su estudio exige diseños mixtos —evaluaciones de proceso más estudios cuantitativos longitudinales— para demostrar efectos sobre mortalidad, morbilidad y brechas socio- territoriales.

En cuanto a la integralidad, esta se logra cuando la atención en salud deja de centrarse exclusivamente en la enfermedad y pasa a entender a la persona y su entorno como una totalidad dinámica. La respuesta integral a las necesidades implica repuesta en el momento que se necesita (oportunidad), que esté disponible geográfica y económicamente (acceso) y con calidad y con calidez (condiciones).

Experiencias como los proyectos de salud integrales con enfoque territorial, donde se articulan promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención clínica, salud mental, alimentación saludable y ambiente, han sido desarrolladas en

distintas regiones de América Latina. Un ejemplo es el trabajo de los Consejos de Salud Rural Mapuche en Chile, que combinan medicina ancestral, cuidado del entorno natural y procesos de autonomía política. Evidenciando que la integralidad no es solo un diseño de servicios, sino una práctica cultural y política de cuidado de la vida.

Otro ámbito fundamental de transformación son los procesos formativos en salud, que han comenzado a cuestionar los modelos biomédicos verticales y están promoviendo formas pedagógicas basadas en el diálogo de saberes, la investigación acción participativa y la formación en servicio en comunidades reales.

La experiencia de la Universidad de la Integración de los Pueblos de América Latina (UNILA) o de programas de salud de la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, representan apuestas concretas por una formación comprometida con la realidad social, orientada a formar profesionales capaces de actuar desde una ética pública y con una mirada crítica sobre los modos de atención.

Estas prácticas no solo ofrecen respuestas locales a problemas complejos, sino que abren posibilidades para repensar los sistemas de salud en su conjunto. Todas ellas tienen en común la recuperación del sujeto/a colectivo como agente de salud, la revalorización de saberes situados, el compromiso con la justicia social y la centralidad del cuidado como práctica política.

Son experiencias que desafían la segmentación del conocimiento y de los servicios, y que apuestan por un horizonte donde el derecho a la salud no sea solo enunciado, sino vivido en la cotidianidad de los pueblos.

En suma, las prácticas transformadoras en salud colectiva no son excepcionales ni utópicas: son reales, concretas y necesarias. Constituyen semillas de futuros posibles, que nos muestran que la transformación no es solo deseable, sino urgente y factible, siempre que esté anclada en la participación protagónica, en el respeto por la diversidad y en el compromiso radical con la dignidad humana.

ALGUNAS CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS

Las prácticas transformadoras en Salud Colectiva que emergen desde los territorios, comunidades organizadas, colectivos profesionales y académicos críticos no solo constituyen respuestas situadas frente a las limitaciones de los sistemas de salud hegemónicos, sino que representan formas de resistencia activa y de producción de futuro. Estas experiencias nos revelan que la transformación estructural del sistema de salud es posible cuando se articula con procesos sociales vivos, fundamentados en la justicia, la autodeterminación de los pueblos y el respeto a la diversidad epistémica y cultural.

En estas prácticas, la equidad se materializa como justicia social territorializada, más allá del acceso formal a servicios; la universalidad se afirma como inclusión real y plural de todas las formas de vida, sin imposiciones homogeneizantes; y la integralidad se despliega en la acción intersectorial, el diálogo de saberes y el abordaje holístico de la determinación social. Son experiencias que desbordan el asistencialismo y que promueven la construcción colectiva del cuidado, la participación política y la defensa de la vida.

Estas consideraciones conducen a propuestas orientadas tanto a la acción como a la formulación de políticas públicas con enfoque transformador:

PROPUESTAS PARA EL DISEÑO DE UNA POLÍTICA DESDE EL ENFOQUE DE LA SALUD COLECTIVA

1. Sistematizar, visibilizar y socializar las experiencias territoriales exitosas en salud colectiva, como parte de un acervo público de aprendizaje y transformación institucional.

- Acción práctica: crear un Registro Nacional de Experiencias en Salud Colectiva, con ficha estandarizada (objetivos, sujetos/as, resultados, lecciones aprendidas).

- **Mecanismo:** Convocatorias anuales para postular experiencias (online y vía oficinas de salud territorial). Equipo técnico de sistematización (Ministerio + universidades + representantes comunitarios). Plataforma web pública + informes impresos para zonas sin conectividad.

- **Indicadores:** N° de experiencias registradas/año. N° de visitas y descargas de materiales. % de políticas locales que incorporan prácticas registradas.

2. Orientar el diseño de las políticas pública bajo el imperativo ético de responder a las necesidades sociales con universalidad, integralidad y justicia social.

- **Acción práctica:** introducir un Filtro Ético de Políticas Públicas en Salud que evalúe cada propuesta según estos tres principios.

- **Mecanismo:** Creación de un comité evaluador multisectorial (con representación comunitaria). Uso de matriz de evaluación con puntaje mínimo para aprobación.

- **Indicadores:** % de políticas aprobadas que cumplen puntaje mínimo. N.º de ajustes realizados a políticas tras la evaluación.

3. Creación de consejos comunitarios de salud con representación indígena, con un presupuesto definido y metas de participación.

- **Acción práctica:** formalizar Consejos Comunitarios de Salud (CCS) en normativa municipal/departamental.

- **Mecanismo:** Elección democrática en asambleas comunitarias. Presupuesto asignado por municipio (mínimo 2% del presupuesto de salud local). Plan anual con metas claras (campañas, capacitaciones, mejoras de infraestructura).

- **Indicadores:** N° de CCS creados y activos. % de presupuesto ejecutado según plan. N° de actividades implementadas/año.

4. Construir políticas públicas que reorienten el modo de atención mediante la estructuración de respuesta regulares, suficientes, integrales y equitativas.

- **Acción práctica:** establecer paquetes mínimos de servicios comunitarios de salud con estándares de frecuencia, cobertura y calidad.

- **Mecanismo:** Definición participativa de estos paquetes (consulta a CCS). Auditorías comunitarias semestrales.

- **Indicadores:** Cobertura efectiva del paquete mínimo (% población atendida). Reducción de tiempos de espera y traslados innecesarios.

5. Desarrollar marcos normativos y presupuestarios que sostengan estas prácticas, garantizando estabilidad institucional y la producción y distribución de recursos permanentes para experiencias alternativas y comunitarias.

- **Acción práctica:** incluir en la Ley de Salud un capítulo sobre “Modos Comunitarios de Atención” con financiamiento plurianual protegido.

- **Mecanismo:** Fondo Nacional para Innovaciones en Salud Comunitaria (recursos concursables para municipios/comunidades). Revisión bianual del marco normativo.

- **Indicadores:** % del presupuesto nacional de salud destinado a modelos comunitarios. N° de proyectos comunitarios financiados/año.

6. Establecer instancias transectoriales que acompañen los procesos comunitarios de salud desde un enfoque integral (educación, ambiente, cultura, alimentación, vivienda, trabajo entre otros) y comprometidas con la transformación de la realidad concreta de cada territorio.

- **Acción práctica:** formar Mesas Territoriales de Salud Integral con educación, ambiente, cultura, trabajo, vivienda, alimentación, etc.

- **Mecanismo:** Reuniones bimestrales con actas y acuerdos públicos. Agenda común de intervención en determinaciones sociales de la salud.

- **Indicadores:** N° de acciones conjuntas ejecutadas/año. % de acuerdos cumplidos en plazo.

7. Impulsar la formación continua de equipos de salud en perspectiva crítica, integrando contenidos sobre derechos, interculturalidad, salud comunitaria, género y determinación social, estimulando la profesionalización de la gestión como responsabilidad colectiva y el rescate del rol político y social de trabajadoras y trabajadores del sector salud y de las comunidades en sus territorios con la finalidad de construir e implementar políticas públicas que garanticen el derecho y su exigibilidad.

- **Acción práctica:** implementar un Programa Nacional de Formación en Salud Comunitaria e Interculturalidad para personal de salud y líderes comunitarios.

- **Mecanismo:** Módulos anuales presenciales y virtuales (mínimo 40 horas/año por participante). Certificación oficial reconocida en carrera sanitaria.

- **Indicadores:** N° de personas formadas/año. % del personal de salud certificado en enfoque intercultural. Cambios medidos en prácticas y actitudes (encuestas antes/después).

Estas propuestas no son recomendaciones neutras ni técnicas. Son parte de una apuesta ética y política por una salud colectiva que dignifique la vida, reconozca los saberes diversos y construya poder popular en el campo de la salud.

EFLEXIONES FINALES PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

La formulación de políticas públicas desde la perspectiva de la Salud Colectiva implica un verdadero reto porque significa una ruptura con los marcos tradicionales tecnocráticos, biomédicos y asistencialistas. Exige comprender la salud como una construcción social, política y cultural atravesada por relaciones de poder, desigualdad y resistencia.

Los fundamentos filosóficos y las prácticas transformadoras analizadas a lo largo de este capítulo revelan que el cambio estructural en los sistemas de salud no puede surgir

exclusivamente desde los marcos institucionales existentes, sino desde procesos de *praxis* crítica y colectiva que articulen saberes, sujetos/as y territorios en una lucha por la dignificación de la vida.

Desde esta perspectiva, la transdisciplinariedad no es una suma de disciplinas o sectores, sino una apertura al diálogo profundo entre conocimientos científicos, populares, ancestrales y comunitarios y exige la construcción de espacios de diálogo y concertación donde se definen agendas, acciones y estrategias para la formulación, ejecución y control de la Políticas Públicas.

La emancipación se concibe no como un discurso, sino como un proceso en marcha, anclado en la capacidad de los pueblos para autodeterminar sus modos de vivir, cuidar, sanar y decidir.

La interculturalidad crítica aparece como una condición necesaria para desmontar las formas coloniales de gobierno de la vida y abrir paso a la legitimación de otras racionalidades, otras formas de existencia y otras prácticas de cuidado.

Las experiencias revisadas que surgen desde comunidades organizadas, pueblos originarios, equipos de salud con compromiso social, instituciones formativas y gobiernos locales alternativos muestran que es posible construir formas no subordinadas de política pública, donde el Estado no actúe como un ente distante que impone, sino como un espacio en disputa, abierto a ser reconfigurado por las fuerzas sociales.

Sobre esta base, es posible plantear aportes a la formulación de políticas públicas con enfoque transformador en salud:

1. Reconocer y fortalecer el papel de los movimientos sociales, comunidades organizadas y pueblos originarios como sujetos/as políticos legítimos en la construcción de políticas públicas, no solo como beneficiarios, sino como sujetos/as deliberantes y propositivos.

2. Impulsar reformas normativas y organizativas que institucionalicen la participación popular, no como mecanismo formal consultivo, sino como componente estructural en la toma de

decisiones, gestión de recursos, diseño de modos de atención y control social.

3. Crear dispositivos de diálogo de saberes y producción colaborativa de conocimiento, que incluyan metodologías horizontales para diagnosticar, planificar y evaluar políticas desde múltiples racionalidades (académica, territorial, ancestral, profesional, comunitaria).

4. Promover procesos de formación política, ética y epistemológica en los equipos de salud, que fortalezcan la conciencia crítica, la sensibilidad intercultural y el compromiso con la justicia social.

5. Establecer indicadores alternativos para evaluar las políticas de salud, que no se reduzcan a metas sanitarias, sino que midan avances en términos de equidad, participación, reconocimiento de la diversidad y transformación estructural de las condiciones de vida.

6. Asegurar financiamiento y sostenibilidad a experiencias transformadoras, evitando su desmantelamiento por cambios de gobierno o lógicas mercantilizadoras. Esto implica un cambio profundo en la conformación presupuestaria y organización de la producción y distribución de recursos del Estado.

7. Construir marcos regulatorios que protejan la pluralidad epistémica y cultural en salud, evitando procesos de cooptación o subordinación de saberes no hegemónicos, y garantizando el derecho a prácticas ancestrales, comunitarias y populares de cuidado.

Estos aportes no deben ser vistos como recetas técnicas, sino como expresiones de una voluntad política colectiva que desafía las lógicas dominantes del sistema de salud. Son apuestas éticas que reconocen que la salud es inseparable del derecho a la vida digna, al territorio, a la cultura, a la participación y a la autodeterminación.

En definitiva, construir políticas públicas en salud desde la Salud Colectiva es recuperar la capacidad de soñar y de crear futuro desde los pueblos, fortaleciendo las condiciones materiales

y simbólicas que permiten vivir bien, convivir en diversidad y resistir las múltiples formas de despojo. Es una tarea profundamente política, que exige compromiso, pensamiento crítico, sensibilidad humana y acción transformadora.

REFERENCIAS

- Alvarado, C. H., Martínez, M. E., Vivas-Martínez, S., Gutiérrez, N. J., & Metzger, W. (2008). Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social: Salud para todos*, 3(2), 83-93. <file:///C:/Users/Dra.%20MARY%20Ramos/Documents/escritorio/ASCENSO%20A%20TITULAR/VILLASANA%20ARTICULOS/ARTICULO/ARTICULO/cambio%20social%20y%20politica%20de%20salud%20en%20venezuela.pdf>
- Candioti, M. (2017). Karl Marx y la teoría materialista-práctica de la enajenación del sujeto humano colectivo: Una propuesta para su reconstrucción. *Izquierdas* (Santiago), (32), 128-149. <https://doi.org/10.4067/S0718-50492017000100107>
- Castañeda, X., & Alberro, R. (s. f.). Ampliar el campo de las/os promotoras/es: Una oportunidad binacional. *Iniciativa de Salud de las Américas*, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley. https://hia.berkeley.edu/wp-content/uploads/2014/03/espanol-promotoras_white_paper_-1.pdf
- De Negri, A. (2011, abril 19). Acceso universal: Sistemas únicos versus aseguramiento. Taller Sistematizando lecciones y experiencias en la construcción de sistemas únicos de salud, La Paz, Bolivia. https://drive.google.com/file/d/1uBOT7o8idH2fiPsVovB7xotoxdI9zY_M/view?usp=drive_link
- Fals Borda, O. (1986). *El reto de la sociología en el tercer mundo*. Ediciones Carlos Valencia.

- Fraser, N. (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, 4(6), 83-99. https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2023/12/Fraser_justicia-social.pdf
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Grabois, C. (2003). O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciências da Saúde Coletiva*, 8(2), 521-535.
- Hoevel, C. (2011). La teoría de la justicia de Amartya Sen y los orígenes del concepto católico de justicia social en Antonio Rosmini. *Revista Cultura Económica*, 29(81-82), 65-78. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/2068/1/teoria-justicia-amartya-sen.pdf>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 210-220. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8108/a12v17n3.pdf>
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barral Editores. <https://es.scribd.com/document/489964025/Illich-Ivan-Nemesis-Medica-La-Expropiacion-de-La-Salud>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf>
- Iturralde Durán, C. A. (2022). Importancia de la participación en el diseño de políticas públicas de rehabilitación social en Ecuador. *Revista Economía y Política*, (36), 53-68. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2477-90752022000200026
- Laurell, A. C. (2000). Salud, desigualdad y calidad de vida: Globalización, políticas neoliberales y salud. En R. Briceño-León,

- M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. (Coords.), Salud y equidad: Una mirada desde las ciencias sociales (pp. 73- 84). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575415122>
- Laurell, A. C. (2014). Contradicciones en salud: Sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate*, 38(103), 853-871. <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341751016.pdf>
- Masi, A. (2008). El concepto de praxis en Paulo Freire. En M. Godotti, M. V. Gómez, J. Mafra & A. F. de Alencar (Comps.), Paulo Freire: Contribuciones para la pedagogía (pp. 151-166). CLACSO. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/freire/09Masi.pdf>
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2571. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652020000100035
- Ministerio de Salud y Deportes. (2013). La política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables. https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p028_po_dgps_uan_L_A_POLITICA_SAFCI_SU ESTRATEGIA_DE_PROMOCIN_DE_LA_SALUD_Y_NUTRICIN.pdf
- Morin, E. (1999). La cabeza bien puesta: Repensar la reforma, reformar el pensamiento. Nueva Visión. https://edgarmorinmultiversidad.org/images/descargas/libros/la_cabeza_bien_puesta_1979.pdf
- MSDS. (2003). Plan estratégico social. Venezuela. Navarro, V. (2008). ¿Qué es una política nacional de salud? ELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>
- Nicolescu, B. (1996). La transdisciplinariedad: Manifiesto. Ediciones Du Rocher. <https://ecosad.org/phocadownloadpap/otropublicaciones/nicolescu-manifiesto.pdf>

- Roses Periago, M. (2003). Discurso pronunciado en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 31 de enero de 2003. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(2-3), 191-194. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v13n2-3/191-194/es>
- Santos, B. de S. (2009). *Una epistemología del sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI Editores; CLACSO. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/revista/20100316020236/19sur.pdf>
- Virchow, R. (2018). La medicina social como forma de biopolítica. Observatorio de Biopolítica. <https://biopolitica.net/2018/12/11/virchow-medicina-social-como-biopolitica>
- Walsh, C. (2014). Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: Apuestas (des)de el in-surgir, re-existir y re-vivir. <https://redinterculturalidad.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/interculturalidad-crc3adtica-y-pedagogc3ada-decolonial-walsh.pdf>



Luisana Melo Solórzano

<https://orcid.org/0009-0003-6251-9385>

Médica egresada de la Universidad Central de Venezuela (UCV), especialista en Gestión en Salud Pública y una de las referentes más importantes de la Salud Colectiva en Venezuela. Con una extensa trayectoria como luchadora social y dirigente política, ha sido

Ministra del Poder Popular para la Salud (2016), Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, y actualmente se desempeña como Presidenta del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (INHRR). Fundadora y coordinadora del Movimiento Socialista por la Calidad de Vida y Salud (MOSCAVIS), ha impulsado el Sistema Público Nacional de Salud, la regulación de las clínicas privadas y la construcción de un modelo sanitario humanista, participativo y contrahegemónico./

Es coautora de publicaciones y ponencias sobre pensamiento crítico, decolonialidad, soberanía sanitaria y políticas públicas en salud, y participa activamente como coordinadora nacional del Programa Nacional de Formación Avanzada Maestría en Salud Colectiva (PNFA-SC), y también coordina el eje de Salud Colectiva y Buen Vivir de todos los PNFA de la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”. Su labor combina una sólida formación técnica con un profundo compromiso político por el derecho universal a la salud y la transformación socialista del sistema sanitario venezolano.



Mary Reina Ramos Rodríguez

0000-0002-8039-9802

Profesora e investigadora de la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), adscrita al Centro de Estudios Salud Colectiva y Derecho a la Vida (CESACODEVI). Especialista en formación docente en salud colectiva, cuenta con amplia experiencia en el análisis crítico de las políticas públicas de salud, las tensiones entre el modelo biomédico hegemónico y los

enfoques decoloniales, y la descolonización de la práctica sanitaria en el marco de la Revolución Bolivariana. Ocupa cargos de coordinación académica, como Coordinadora Académica del Programa Nacional de

Formación Avanzada (PNFA) en Salud Colectiva de la UCS. Su producción intelectual incluye publicaciones sobre formación docente en salud colectiva, diferencia entre determinación social y determinantes sociales de la salud, colonialidad en las políticas sanitarias y el impacto de los microplásticos desde la perspectiva de la salud colectiva. Pertenecce al centro de estudio educación emancipadora y pedagogía crítica (CEPEC) de la UBV. Es miembro activo de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC), donde colabora en trabajos conjuntos sobre interconexiones sociedad-naturaleza y soberanía sanitaria. Su labor combina rigor académico con un fuerte compromiso por la transformación del sistema de salud venezolano hacia un enfoque integral, participativo y contrahegemónico, orientado al Buen Vivir y al derecho a la salud del pueblo.

**GESTIÓN INTEGRAL DE CENTROS ASISTENCIALES DESDE LA SALUD
COLECTIVA: HERRAMIENTAS ESTRATÉGICAS, LIDERAZGO
TRANSFORMADOR Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

Juan Vicente III Quintana Adrián

Gregorio L. Sánchez Salame

José Gregorio Rivas Naar

Donovan Casas Patiño

RESUMEN

Este ensayo analiza críticamente las bases para una gestión transformadora en salud desde el paradigma de la salud colectiva, tomando como referencia el modelo venezolano de las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC). Frente al enfoque reduccionista de la salud pública tradicional, se propone una reconceptualización de la gestión como *praxis* política que trasciende lo administrativo. El estudio articula tres ejes fundamentales: 1) herramientas estratégicas reconceptualizadas desde las cinco categorías cardinales de la epidemiología crítica de Breilh, 2) liderazgo colectivo orientado al diálogo de saberes, y 3) participación comunitaria protagónica como ejercicio de corresponsabilidad en el cuidado integral. El análisis revela que la integración efectiva de los cuidados requiere superar el modelo hospitalocéntrico mediante dispositivos concretos como el monitoreo comunitario permanente y los mecanismos de cogobierno. Se identifica la tensión fundamental entre el discurso descentralizador del poder popular y las prácticas centralizadoras persistentes, proponiendo la imbricación hologramática, entendida como una relación recíproca y dinámica donde cada parte refleja el todo y el todo se manifiesta en cada parte, siguiendo la lógica de la complejidad propuesta por Edgar Morin con las 7 Transformaciones del Plan de la Patria como marco para una gestión coherente. La experiencia de las ASIC evidencia que la

construcción de sistemas de salud centrados en el cuidado integral de la vida depende crucialmente de la capacidad para institucionalizar la participación protagónica y transformar la determinación social que produce y distribuye la salud-enfermedad en los territorios.

Palabras clave: salud colectiva, gestión en salud, determinación social, participación comunitaria, ASIC, epidemiología crítica.

INTRODUCCIÓN

La crisis de los modelos sanitarios en América Latina exige una revisión crítica de los fundamentos que sustentan la gestión de los servicios de salud. Frente a la persistencia de enfoques fragmentarios y biologicistas, este ensayo analiza las potencialidades del paradigma de la salud colectiva para transformar la gestión de los centros asistenciales, tomando como estudio de caso el modelo venezolano de las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) y su articulación con el proyecto nacional Ley Orgánica del Plan de la Patria de las 7 Transformaciones 2025-2031 (Asamblea Nacional, 2025).

La distinción con la salud pública tradicional es fundamental. Mientras esta última se caracteriza por un enfoque reduccionista y ahistórico, evidenciado en lo que se ha criticado como “enfermología pública” (Granda, 2000; Rattagan, 2022) que prioriza la intervención sobre la enfermedad como objeto aislado, En este la salud colectiva emerge como un paradigma que concibe la salud como un proceso socialmente construido y determinado (Loor Chilán & Pérez Ortiz, 2022).

Este paradigma integra lo político, cultural, histórico, ambiental y económico en la producción de la vida, superando la visión tecnocrática y acercándose a la noción de justicia sanitaria que demanda reformas estructurales y empoderamiento participativo (Wiley et al., 2022).

Desde esta perspectiva, la gestión en salud debe trascender la lógica administrativista para asumir el desafío de comprender y actuar sobre las complejas determinaciones que constituyen la salud de las poblaciones. Esto implica un salto epistemológico (Rattagan, 2022.) que convierta los centros asistenciales en dispositivos comunitarios donde se articulen saberes, prácticas y recursos orientados al bienestar colectivo.

La crucial distinción entre “atención” (intervención técnica) y “cuidado integral” (dimensión amplia que incluye promoción, acompañamiento psicosocial y sostenimiento de la vida en comunidad) marca el rumbo de esta transformación, tal como lo subrayan las reflexiones sobre APS integral de Tejada de Rivero (Feo, 2012).

Este ensayo se estructura en tres ejes analíticos interdependientes para examinar esta transición paradigmática en el contexto concreto de las ASIC:

1. La reconceptualización de las herramientas estratégicas de gestión para operacionalizar las categorías de la epidemiología crítica.
2. El liderazgo transformador como función colectiva y facilitadora del diálogo de saberes.
3. La participación comunitaria auténtica como mecanismo de corresponsabilidad y poder popular.

La pregunta que guía esta reflexión es si, a través de instrumentos como las ASIC, se está construyendo un sistema de salud que no solo cure enfermedades, sino que produzca autonomía, equidad y cuidado colectivo; un sistema que merezca ser vivido por las comunidades a las que sirve, encarnando el “nosotros” como base salutógena frente al individualismo neoliberal.

HERRAMIENTAS DE APOYO A LA GESTIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD COLECTIVA: FUNDAMENTOS PARA UNA *PRAXIS* TRANSFORMADORA

La profundización del propósito transformador de las herramientas estratégicas en salud colectiva nos lleva a considerar su carácter esencialmente pedagógico y emancipador. Estas herramientas, lejos de ser neutrales, contienen en su diseño una concepción del poder y de las relaciones sociales. Como amplía Matus (1993), la verdadera función de estas herramientas es: “generar capacidad de gobierno compartido” (p. 156), lo que implica desarrollar competencias tanto en los equipos de salud como en las comunidades para analizar críticamente su realidad y actuar sobre ella.

Los principios de participación y equidad se operacionalizan mediante metodologías específicas que garantizan la inclusión de los saberes populares y la redistribución del poder decisorio, alineándose con el Artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), que establece un sistema público nacional de salud participativo y solidario, donde la comunidad organizada tiene el derecho y deber de participar en la toma de decisiones.

Breilh (2023) insiste en que estas herramientas deben servir para “desnaturalizar las desigualdades en salud” (p. 234), haciendo visible cómo las estructuras sociales se traducen en diferencias evitables en los perfiles de salud-enfermedad, promoviendo así una transformación hacia una nueva salud colectiva. En este contexto, las cinco categorías cardinales de Breilh ofrecen un marco teórico robusto: la *reproducción social* explica el movimiento de producción y distribución de la vida, donde los colectivos crean valores de uso y generan condiciones culturales y políticas en dimensiones general, particular e individual, vinculándose en el capitalismo a la acumulación por explotación (p. 250); la *determinación social* refiere al modo de devenir que genera condicionamientos y encarnaciones en distintas dimensiones, reemplazando la causalidad lineal por una

lógica dialéctica de procesos protectores y destructivos (p. 260); la *equidad/inequidad* implica complementariedad económica, justicia distributiva y empoderamiento democrático, criticando la concentración de poder que multiplica desigualdades en matrices de clase, género y etno-cultural-racial (p. 270); la *subsunción-autonomía relativa* describe la conexión entre procesos de diferentes complejidades, donde lo social subsume lo biológico con potencial de réplica dialéctica (p. 280); y el *metabolismo sociedad-naturaleza* explica la interdependencia histórica entre sociedad y naturaleza transformada, criticando visiones empíricas y enfatizando transformaciones capitalistas (p. 290). La transparencia, en esta perspectiva, requiere de dispositivos concretos que permitan el acceso universal a la información y la rendición de cuentas permanente, estableciendo lo que podría denominarse una “vigilancia popular permanente” sobre la gestión de los servicios de salud, potenciando la justicia social como lo proponen Cohen y Cendali (2014) al enfatizar los “remedios estructurales” para erradicar la pobreza y desigualdades.

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL TIEMPO ADAPTADA A PROCESOS PARTICIPATIVOS

La profundización de la adaptación participativa de las herramientas de planificación nos conduce a considerar su potencial para construir nuevas temporalidades en el trabajo en salud. El Diagrama de Gantt participativo se enriquece cuando incorpora lo que Testa (1993) denomina “tiempos vitales” (p. 178), es decir, aquellas temporalidades que corresponden a los ciclos de vida, los ritmos comunitarios y los procesos de cuidado cotidiano, integrando la dimensión subjetiva del cuidado como lo describe Merhy (2011) en su cartografía del trabajo vivo.

Las matrices de precedencia evolucionan hacia “cartografías de interdependencia” (Merhy, 1997, p. 167) que permiten visualizar no solo la secuencia de actividades, sino las relaciones de dependencia

mutua entre los diferentes actores del territorio, fomentando una producción subjetiva del cuidado que trasciende lo técnico hacia lo relacional. Incorporando la categoría de subsunción-autonomía relativa de Breilh (2023, p. 280), se reconoce cómo los procesos sociales imponen condiciones a los procesos biológicos con autonomía relativa, permitiendo réplicas comunitarias.

El método PERT-CPM, por su parte, se transforma en un instrumento para identificar lo que podría llamarse “momentos de densidad democrática” en los procesos de salud, es decir, aquellos instantes donde las decisiones colectivas pueden tener mayor impacto en los resultados sanitarios, en concordancia con el derecho a la participación en la promoción y defensa de la salud estipulado en el Artículo 83 de la Constitución venezolana (1999).

Estas herramientas, en su conjunto, permiten construir una planificación que no es rígida sino flexible, que se adapta a las contingencias del territorio y que reconoce el carácter emergente de los procesos comunitarios en salud, potenciando así la equidad y la justicia social como ejes transformadores, mediante la reproducción social que genera valores de uso colectivos (Breilh, 2023, p. 250).

DIAGNÓSTICO Y CONTROL CON ENFOQUE DE DETERMINACIÓN SOCIAL

La profundización del enfoque de la determinación social en las herramientas de diagnóstico y control nos exige desarrollar instrumentos capaces de captar la historicidad de los procesos de salud. El Diagrama de Ishikawa ampliado incorpora lo que Breilh (2023) denomina “capas de determinación” (p. 278), es decir, la sedimentación histórica de las condiciones sociales que explican la distribución actual de los problemas de salud en el territorio, superando una razón indolente centrada en “ausencias sanitarias”, entendidas como situaciones de desatención, abandono o indolencia institucional que generan brechas en el acceso, la calidad o la continuidad del cuidado, especialmente en colectivos afectados por

procesos de inequidad estructural y determinación social. Esta categoría de determinación social (p. 260) destaca el poder generativo del movimiento social y sus contradicciones, facilitando un análisis dialéctico.

Los Tableros de Control con indicadores de equidad deben superar la atención en aspectos negativos propios de una razón indolente y de ausencias sanitarias y evolucionar hacia lo que de Sousa Santos (2006) conceptualiza como “sociología de las ausencias” (p. 134), haciendo referencia a desigualdades en el ejercicio del poder, en subalternizaciones y en inequidades, capaces de medir no solo la distribución de recursos sino también la distribución de poder en el sistema de salud, integrando la equidad/inequidad como crítica a la concentración de poder (Breilh, 2023, p. 270).

Complementariamente, esta evolución se enriquece con la “sociología de las emergencias” de De Sousa Santos (2006, p. 135), que potencia las alternativas nacientes y resistencias subalternas en los márgenes, emergiendo como potenciales transformadores que reconfiguran el presente sanitario; a su vez, la “traducción intercultural en salud” (de Sousa Santos, 2014) la cual actúa como mecanismo dialéctico para integrar saberes hegemónicos y subalternizados, compensando límites mutuos mediante puntos de coincidencia o equivalencia entre distintos saberes, científicos, populares o ancestrales, que permiten el diálogo y la cooperación sin que uno domine al otro. Estos intercambios pueden entenderse como afinidades que facilitan integrar conocimientos diversos para enfrentar un mismo problema de salud desde perspectivas complementarias y fomentando una ecología de saberes que cataliza un despertar intercultural en la epidemiología crítica.

El control, en esta perspectiva, se convierte en un proceso de “monitoreo emancipador” (Matus, 1999, p. 203), es decir, un seguimiento colectivo que no solo verifica cumplimiento, sino que genera aprendizaje social y capacidad de acción transformadora. Estas herramientas permiten construir lo que podría denominarse

una “inteligencia epidemiológica popular”, es decir, capacidad colectiva para analizar, interpretar y actuar sobre la determinación social de la salud, alineado con la visión de Cohen y Cendali (2014) sobre la salud colectiva como proceso social influido por determinantes estructurales, y enriquecido por el metabolismo sociedad-naturaleza que explica interdependencias ecológicas (Breilh, 2023, p. 290).

UN EJERCICIO ACADÉMICO: EL PLAN MAESTRO HOSPITALARIO INTEGRAL DESDE LA SALUD COLECTIVA COMO ESTRATEGIA HIPOTÉTICA DE GESTIÓN PARTICIPATIVA

Este apartado no describe una política vigente ni un modelo institucional en ejecución dentro del Sistema Público Nacional de Salud venezolano. Por el contrario, propone un ejercicio académico hipotético: una construcción conceptual orientada a gerentes y equipos directivos de centros asistenciales, con el fin de explorar — desde el paradigma de la salud colectiva — las posibilidades de transformar la gestión hospitalaria más allá de lo administrativo y lo técnico.

En esta hipótesis de trabajo, el Plan Maestro Hospitalario (PMH) integral se reconceptualiza como un dispositivo de transformación institucional (Valera Pírela, Rivas Naar, Betancourt, Carbonell, & Flores Meneses, 2019), es decir, como una estrategia de gestión que opera simultáneamente en las dimensiones física, organizativa y política, articulando los principios de la epidemiología crítica (Breilh, 2023) con la *praxis* del poder popular. Lejos de limitarse a la planificación de infraestructura, este PMH hipotético se erige como una herramienta estratégica para operacionalizar las cinco categorías cardinales de Breilh: reproducción social, determinación social, equidad/inequidad, subsunción-autonomía relativa y metabolismo sociedad-naturaleza.

Desde la categoría de metabolismo sociedad-naturaleza, la infraestructura hospitalaria se imagina no como un edificio aislado,

sino como un “ecosistema salutogénico” (Breilh, 2023, p. 295): un entorno que, por su diseño, su relación con el entorno comunitario y su integración con ciclos ecológicos promueve activamente la salud. Esto implica superar la “civilización malsana” —generadora de desequilibrios ecológicos y sociales— mediante espacios que integren jardines terapéuticos, áreas para la lactancia, ventilación natural, accesibilidad universal y zonas para la expresión cultural y el encuentro comunitario.

En el plano organizativo, el PMH hipotético abandona la lógica hospitalocéntrica para tejer redes de cuidado (Matus, 1999, p. 245) que articulen el centro asistencial con las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), los consejos comunales, las escuelas, los colectivos culturales y otros actores del territorio. Esta articulación responde a la categoría de subsunción-autonomía relativa (Breilh, 2023, p. 280): la capacidad del sistema de salud de integrar saberes y recursos sociales sin subordinarse a lógicas mercantiles, manteniendo una autonomía crítica orientada al bien común.

La gobernanza, por su parte, se democratiza mediante la creación de esferas públicas deliberativas (Campos, 2000, p. 156): instancias institucionalizadas donde trabajadores, usuarios y vecinos co-construyen las decisiones estratégicas del centro asistencial. Esta participación no es consultiva, sino protagónica (Franco & Merhy, 2011, p. 211), en coherencia con los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), que reconocen la salud como derecho fundamental y la participación comunitaria como eje del sistema público. Se trata, en esencia, de institucionalizar el cuidado colectivo como ejercicio de corresponsabilidad, superando la dicotomía entre “atención” (técnica) y “cuidado” (relacional, comunitario, político).

Este Plan Maestro hipotético encarna, así, lo que podría denominarse un “proyecto civilizatorio en miniatura” (Breilh, 2023, p. 270): una experiencia concreta de construcción de alternativas al modelo biomédico hegemónico, orientada a combatir las inequidades estructurales y a fortalecer la reproducción social desde

la solidaridad, la equidad y la justicia sanitaria. No se trata de una utopía abstracta, sino de una utopía concreta un horizonte normativo que, aunque aún no es, puede comenzar a ensayarse en la gestión cotidiana de los centros asistenciales.

En este sentido, el ejercicio no busca describir la realidad actual, sino ofrecer una brújula ética y política para gerentes comprometidos con una gestión transformadora. El PMH integral, tal como se presenta aquí, es una propuesta para convertir los hospitales en dispositivos comunitarios de producción de vida, donde la salud no se administra, sino que se construye colectivamente, encarnando el “nosotros” como base salutogénica frente al individualismo neoliberal.

CUIDADOS INTEGRALES A LA SALUD DESDE LA SALUD COLECTIVA: HACIA UN PARADIGMA DE CORRESPONSABILIDAD

Los cuidados integrales en salud desde la perspectiva de la salud colectiva representan un cambio paradigmático que trasciende el acto médico curativo para constituirse en una práctica social compleja y transformadora. Según Breilh (2023), estos cuidados se definen como “el conjunto articulado de prácticas asistenciales, comunitarias, preventivas y educativas que, reconociendo las determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad, buscan transformar las condiciones de vida y promover la autonomía de los individuos y comunidades” (p. 189), integrando sus categorías cardinales como la reproducción social, la determinación social, la equidad/inequidad, la subsunción-autonomía relativa y el metabolismo sociedad-naturaleza para analizar y actuar sobre las estructuras que generan desigualdades (pp. 250-290).

Esta concepción rompe con la lógica fragmentaria del modelo biomédico hegemónico al establecer una relación dialéctica entre lo individual y lo colectivo, entre lo curativo y lo promocional, entre el saber técnico y el conocimiento popular. La integralidad, en esta perspectiva, no es una mera suma de acciones sino una cualidad

emergente de procesos organizados desde la complejidad, donde las diferentes dimensiones del cuidado se articulan sinérgicamente para producir salud como bien colectivo, en sintonía con el marco legal venezolano que promueve la corresponsabilidad y la participación comunitaria.

La profundización de esta definición nos lleva a comprender los cuidados integrales como una práctica esencialmente política. Como señala Merhy (1997), en este modelo “el acto de cuidar se convierte en un encuentro de saberes donde el conocimiento científico dialoga con el saber popular” (p. 156), generando así procesos de corresponsabilidad en la producción de la salud a través de la “traducción intercultural” (de Sousa Santos, 2014, p. 212). Este encuentro no es espontáneo, sino que requiere de dispositivos deliberadamente contruidos que permitan la negociación de significados y la construcción colectiva de soluciones, potenciando las “sociología de las emergencias” de Boaventura De Sousa Santos (2006, p. 135), que visibiliza alternativas nacientes en los márgenes. Los cuidados integrales, en esta línea, se convierten en lo que Testa (1993) denomina “prácticas de libertad” (p. 178), es decir, acciones que expanden la autonomía de los sujetos y comunidades frente a las injusticias estructurales que afectan la salud.

COMPONENTES EN INTERACCIÓN DINÁMICA: LA ARQUITECTURA DE LOS CUIDADOS INTEGRALES

Los componentes de los cuidados integrales se organizan en cuatro dimensiones interconectadas que conforman una verdadera arquitectura de la producción social de la salud. *La atención clínica integral*, lejos de reducirse al diagnóstico y tratamiento, incorpora la contextualización social de cada caso particular, reconociendo que la enfermedad individual es siempre expresión de procesos sociales más amplios, como lo sugiere la determinación social de Breilh (2023, p. 260). *La promoción en la salud y la prevención de las enfermedades*, desde esta perspectiva, se orienta a actuar sobre las

causas estructurales de los problemas de salud, lo que exige, como plantea Breilh (2023), “intervenciones que modifiquen las condiciones de vida y trabajo que generan enfermedad” (p. 215), alineándose con el metabolismo sociedad-naturaleza (p. 290) para abordar interdependencias ecológicas.

La educación comunitaria trasciende la mera transferencia de información para constituirse en un proceso de diálogo de saberes que, según Testa (1993), “fortalece la capacidad de análisis crítico de la comunidad sobre su salud” (p. 134), fomentando el “empoderamiento sanitario” de Merhy (1997, p. 167), que desarrolla capacidades colectivas para transformar determinantes sociales, resonando con la equidad/inequidad (Breilh, 2023, p. 270). Finalmente, *el soporte psicosocial* reconoce que los procesos de salud-enfermedad están imbricados con las condiciones emocionales y relacionales de las personas, requiriendo abordajes que integren lo subjetivo con lo colectivo, lo psicológico con lo social, a través de la subsunción-autonomía relativa (Breilh, 2023, p. 280).

VINCULACIÓN CON LA GESTIÓN INTEGRAL: DE LA TEORÍA A LA PRAXIS TRANSFORMADORA

La operacionalización de los cuidados integrales exige una reconceptualización profunda de los procesos de gestión en salud. La planificación debe incorporar lo que Matus (1999) denomina “cálculo situacional complejo” (p. 178), que permita articular las diferentes dimensiones de los cuidados en respuesta a las particularidades de cada territorio, reconociendo la conflictividad inherente a los procesos sociales y construyendo capacidad de gobierno para navegar en ella. El seguimiento con indicadores de equidad debe capturar “no solo el acceso a los servicios, sino la capacidad de estos para modificar la determinación social de la salud” (p. 92), integrando la “sociología de las emergencias” (de Sousa Santos, 2006, p. 135) para potenciar alternativas transformadoras.

La coordinación con equipos multidisciplinarios y la comunidad exige, como señala Campos (2003), “la construcción de espacios de cogestión donde todos los actores involucrados puedan deliberar y decidir sobre los procesos de cuidado” (p. 167), garantizando la interdisciplinariedad real y superando la yuxtaposición de saberes profesionales para construir lo que Testa (1993) denomina “inteligencia colectiva sanitaria” (p. 189). La gestión de los cuidados integrales se convierte así en una práctica de mediación política entre diferentes racionalidades y proyectos societales en pugna, potenciada por la “traducción sanitaria intercultural” que integra saberes para un “despertar intercultural” en la salud colectiva.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO COMO TECNOLOGÍA RELACIONAL

Para ilustrar la articulación antes descrita, se propone un programa de seguimiento domiciliario y educación en salud articulado con la Red Integrada de Servicios y el Plan Maestro Hospitalario, concebido desde los principios de la salud colectiva. Esta propuesta programática, de carácter ilustrativo, organizaría visitas domiciliarias realizadas por equipos interdisciplinarios que incorporarían a promotores de salud de la misma comunidad. Como plantea Breilh (2023), “el espacio doméstico se convierte en un territorio pedagógico donde se pueden identificar y actuar sobre las determinaciones concretas de la salud” (p. 215), aplicando la reproducción social (p. 250) para co-producir salud.

Esta iniciativa retoma y reinterpreta antecedentes históricos de experiencias comunitarias previas a la Declaración de Alma-Ata (1978), como la Sanidad Rural en México (1930s-1940s) con sus auxiliares de salud, los Médicos Chinos “Pies Descalzos” (1950s-1960s) que capacitaron campesinos en atención básica, el Movimiento de Salud Popular en Chile (1960s-1973) con comités comunitarios, los primeros experimentos de salud familiar en Brasil

(inicios 1970s), y especialmente en Venezuela, el Programa de Auxiliares de Medicina Simplificada (1962), impulsado por José Ignacio Baldó con su Manual normativo, que formó personas seleccionadas por las propias comunidades para promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de mayor prevalencia en zonas rurales dispersas, indígenas y campesinas, bajo supervisión de los sistemas regionales de salud integrando saberes populares y participación activa de comunidades actuando como intermediarios culturales, entre el sistema y las comunidades (Sánchez, GL 2006, Sánchez, González y Kielmann 2007). Complementariamente, el Dr. Gabaldón en su obra *Una política sanitaria* (1965), resalta el papel de los visitantes rurales como agentes esenciales en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, actuando como enlaces clave para educar a las comunidades rurales y coordinar esfuerzos con las unidades sanitarias para mejorar los indicadores de salud.

Estas estrategias, junto con las propuestas de David Tejada de Rivero (coordinador de Alma-Ata, 1978) y retomadas por Oscar Feo (2012) sobre la Atención Primaria de Salud, y sobre la medicina social en Venezuela inspiran un modelo de atención y un cuidado integral accesible. Sin embargo, la propuesta se enriquece con una “tecnología relacional” (Merhy, 1997, p. 189) que integre saberes diversos mediante la “traducción intercultural” y potencia “emergencias transformadoras” (de Sousa Santos, 2006, p. 135).

En esta propuesta, la articulación con la Red Integrada de Servicios se materializaría a través de sistemas de referencia y contrarreferencia que garantizarían la continuidad de los cuidados, mientras que su vinculación con el Plan Maestro Hospitalario aseguraría la asignación de recursos y la sostenibilidad institucional. Esta experiencia, de implementarse, materializaría lo que Merhy (1997) conceptualiza como “tecnología relacional de producción de salud” (p. 189), donde el cuidado se construye en la interacción dialógica entre trabajadores de la salud y comunidad, resonando con el ejercicio del poder comunitario en salud inspirado en las

propuestas de Tejada de Rivero, Oscar Feo, los Auxiliares de Medicina Simplificada cuyo papel y funciones son explicadas por Sánchez, González y Kielmann (2007) y las experiencias que condujeron a Alma-Ata, pero adaptado a una red institucional contemporánea que combata inequidades estructurales (Breilh, 2023, p. 270).

Esta propuesta programática, además, se fortalece al comprenderse como parte de un holograma social más amplio, donde la parte (el programa domiciliario) contiene la lógica del todo (la transformación societal). Como señala Morin (1999), en el paradigma de la complejidad “la parte está en el todo, pero el todo está en la parte” (p. 27), lo que permite ver cada visita domiciliaria no como un acto aislado, sino como un punto de entrada para intervenir en la reproducción social de la vida. El Plan de la Patria de las 7 Grandes Transformaciones (2025) constituye precisamente ese “todo” transformador, un marco donde la salud colectiva deja de ser un sector especializado para convertirse en resultado dialéctico de las relaciones económicas, ecológicas, históricas, culturales y políticas.

Desde esta perspectiva hologramática, el programa de seguimiento se intercepta con las categorías cardinales de la epidemiología crítica de Breilh. La “determinación social” deja de ser una abstracción y se encarna en la “guerra económica” denunciada en el plan, cuyos efectos —desde el estrés hasta la malnutrición— son identificados en el espacio doméstico. A su vez, la promoción del “Poder Popular” (eje de la Quinta Transformación) operacionaliza la “equidad” breilhiana, al convertir a los promotores comunitarios en sujetos de vigilancia popular permanente y no en meros ejecutores de protocolos. Así, la visita domiciliaria deviene un microcosmos de la lucha por un nuevo metabolismo sociedad-naturaleza, articulando lo particular del hogar con lo general del proyecto ecosocialista.

Sin embargo, esta potencia transformadora debe navegar contradicciones constitutivas, dilemas para la política pública.

Mientras la Sexta Transformación (Ecosocialismo) impulsa un metabolismo saludable, la Primera (Económica) propone avanzar hacia una Venezuela potencia con mayores márgenes de soberanía económica, buscando la diversificación y sostenibilidad de una economía secularmente fundamentada en los hidrocarburos con impacto ambiental. El programa domiciliario, por tanto, se sitúa en la frontera de esta tensión hologramática: su éxito dependerá de su capacidad para, desde lo micro, fomentar la autonomía comunitaria y denunciar las determinaciones que persisten, haciendo de cada encuentro domiciliario un acto de construcción consciente de esa nueva salud colectiva integral que el plan visiona.

Por tanto, la verdadera medida del éxito de este programa no será la eficiencia en la articulación de actores y niveles de atención, sino su capacidad para convertir el cuidado en un acto de disputa contra los factores destructores o nocivos de la salud. Como un holograma del proyecto societal, su desafío es demostrar que es posible una práctica concreta donde el Poder Popular gestione la vida, promueva sus factores protectores, enfrentando incluso las contradicciones metabólicas del modelo. Solo así esta red de responsabilidades compartidas será una célula viva de la salud colectiva que Breilh teoriza y el Plan de la Patria proclama.

GESTIÓN TRANSFORMADORA Y LIDERAZGO COLECTIVO: FUNDAMENTOS Y PRAXIS EN LAS ÁREAS DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIAS (ASIC) DESDE UNA PERSPECTIVA HOLOGRAMÁTICA

La gestión transformadora en el contexto de la salud colectiva se define como una práctica política y administrativa orientada a desmontar las lógicas verticales y biologicistas del modelo hospitalocéntrico tradicional. Su fundamento último no es la mera eficiencia operativa, sino la transformación social y la construcción de equidad en los centros asistenciales, reconociéndolos como espacios de disputa y construcción de poder popular. Esta gestión, por tanto, debe entenderse como una praxis hologramática donde,

como señala Morin (1999), “la parte está en el todo, pero el todo está en la parte” (p. 27). Cada ASIC no es una unidad aislada, sino un microcosmos que debe reflejar y construir el macrocosmos de las 7 Transformaciones —especialmente la Quinta (Poder Popular) y la Cuarta (Protección Social)—, operacionalizando las categorías de la epidemiología crítica de Breilh (2023).

Esta gestión ya no puede entenderse como una función técnico-administrativa neutral, sino como una praxis que, siguiendo a Matus (1993), construye “capacidad de gobierno compartido” entre trabajadores de la salud y la comunidad. Un ejemplo concreto de esta transición, que actualiza el Artículo 3° del Reglamento de las ASIC, sería la reestructuración del Consejo de Dirección en “Colectivos de Gestión Comunitaria” con decisión paritaria y vinculante. En ellos, representantes vecinales, promotores de salud y profesionales no solo deliberan, sino que deciden sobre la priorización de servicios, la distribución del presupuesto —materializando Presupuestos de Inversión Comunitaria como tecnología relacional— y la evaluación de la calidad, encarnando así la determinación social donde la comunidad interviene directamente en los procesos que reproducen su salud (Breilh, 2023, p. 250).

LIDERAZGO COLABORATIVO, DIÁLOGO DE SABERES Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

El liderazgo que requiere este modelo es esencialmente colaborativo, ético y emancipador. Se distancia del líder carismático y unipersonal para constituirse en una función colectiva y rotativa que ejerce roles de facilitación, mediación y articulación. Sus competencias centrales incluyen la capacidad de fomentar el “diálogo de saberes”, creando dispositivos concretos donde el conocimiento epidemiológico se encuentre con los saberes populares sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio, tal como exige el Artículo 4° del Reglamento de las ASIC sobre el “Análisis de la Situación de Salud”.

Por ejemplo, la implementación de “Cartografías Sociales Participativas” permite que la comunidad y el equipo de salud mapeen juntos los riesgos sanitarios y los recursos salutogénicos, integrando el diagnóstico técnico con la percepción local. En este proceso, es inevitable la emergencia de conflictos, que deben abordarse no como disfunciones, sino como oportunidades de transformación. Para ello, se proponen “Círculos de Diálogo Restaurativo”, donde las partes en conflicto construyen soluciones colectivas y reparadoras, fortaleciendo los lazos comunitarios y superando la mera queja o sanción vertical.

HACIA UNA REESTRUCTURACIÓN GENERAL: EL MONITOREO COMUNITARIO COMO BRÚJULA DE LAS 7 TRANSFORMACIONES

La *praxis* desarrollada en las ASIC evidencia una contradicción fundamental entre el discurso transformador y la persistencia de prácticas verticales que reproducen el modelo hospitalocéntrico. Esta disyunción exige un reajuste estructural de la gestión del cuidado, donde el proyecto de las 7 Transformaciones se imbrique hologramáticamente con las categorías cardinales de la epidemiología crítica de Breilh. Dicho reajuste debe articularse mediante un sistema de monitoreo comunitario permanente que trascienda los indicadores biomédicos para evaluar los procesos de determinación social de la salud.

La Quinta Transformación (Poder Popular) debe materializarse no solo en mecanismos como el Presupuesto de Inversión Comunal (PIC), sino fundamentalmente en la capacidad de las comunidades para monitorear colectivamente cómo las relaciones de poder en el territorio producen y distribuyen socialmente los daños a la salud (Breilh, 2023). Este monitoreo, concebido como investigación-acción popular, debe evaluar si la Cuarta Transformación (Protección Social) se traduce en una transformación real de las condiciones de vida y si la Sexta Transformación

(Ecosocialismo) modifica efectivamente el metabolismo sociedad-naturaleza que sustenta la salud colectiva.

Este proceso de monitoreo se convierte así en la práctica hologramática esencial: cada evaluación comunitaria del cuidado debe medir simultáneamente los avances y contradicciones de todas las Transformaciones. ¿El PIC (articulando 1T y 5T) logra revertir los procesos generadores de inequidad? ¿Las políticas de protección social (4T) transforman la reproducción social de la vida o solo gestionan el daño? El monitoreo comunitario debe evidenciar la coherencia o incoherencia entre el proyecto nacional y la praxis territorial, constituyéndose en el mecanismo de retroalimentación fundamental para el reajuste permanente que la verdadera transformación exige.

REVISIÓN CRÍTICA: LA URGENCIA DE SUPERAR LA CENTRALIZACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL ESTADO COMUNAL

Persiste sin embargo una contradicción hologramática insoslayable: mientras el discurso promueve la descentralización y el poder popular, en la práctica cotidiana se mantienen dispositivos de centralización como las asambleas con agendas impuestas y órdenes de operación verticales. Esta incoherencia vulnera el principio de imbricación donde el “todo” (MPPS) debería potenciar —no suprimir— la capacidad de las “partes” (ASIC) para generar soluciones contextualizadas a los problemas de su territorio.

La construcción efectiva del Estado Comunal requiere que el MPPS transite urgentemente del control vertical a un rol de facilitador y garante. Solo así cada ASIC podrá desplegar su autonomía relativa como unidad hologramática, construyendo respuestas propias a los procesos de determinación social que afectan a su población. Es este monitoreo comunitario participativo —y no la vigilancia jerárquica— el que puede convertir las normas de las ASIC de documentos formales en herramientas

vivas para una salud colectiva verdaderamente popular y transformadora.

REFERENCIAS

- Asamblea Nacional Constituyente de Venezuela. (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 36.860, 30 de diciembre de 1999.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2025, 24 de mayo). *Ley Orgánica del Plan de la Patria de las 7 Grandes Transformaciones 2025-2031*. Gaceta Oficial N° 6.907 Extraordinario.
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública*. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10880838>
- Campos, G. W. de S. (2000). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar Editorial.
- Campos, G. W. S. (2003). *Salud paideia*. Hucitec.
- Cohen, G., & Cendali, F. (2014). Reflexiones sobre salud colectiva y justicia social. Voces en el Fénix.
- Cohen, G., & Cendali, F. (2014, diciembre 1). *Reflexiones sobre salud colectiva y justicia social*. Voces en el Fénix. <https://www.economicas.uba.ar/extension/vocesenelfenix/reflexiones-sobre-salud-colectiva-y-justicia-social/>
- De Sousa Santos, B. (2006). *Sociología de las ausencias y sociología de las emergencias*. CLACSO.

- Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". *Saúde em Debate*, 36(94), 352-354. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762006>
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2011). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados. Lugar Editorial.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (1a ed.). Lugar Editorial. https://lugareditorial.com.ar/wp-content/uploads/2021/12/Trabajo_produccion_del_cuidado_subjetividad_en_salud.pdf
- Gabaldón, A. (1965). Una política sanitaria (Tomo II). Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- González, M. C., & Sosa, G. (2010). Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate. *Salus*, 14(1), 44-49.
- Loor Chilán, M. L., & Pérez Ortiz, V. (2022). La medicina comunitaria para la salud colectiva. *Dominio de las Ciencias*, 8(3), 1146-1158. <https://doi.org/10.23857/dc.v8i3>
- Matus, C. (1993). MAPP: Método Altadir de Planificación Popular. Lugar Editorial.
- Matus, C. (1993). *Política, planificación y gobierno*. Fondo Editorial Altadir.
- Matus, C. (1999). *El método PES: enfoque sobre la perspectiva de tiempo en la planificación*. Fondo Editorial Altadir.
- Merhy, E. E. (1997). Cartografías del trabajo vivo en salud. Hucitec.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO.
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: Una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(S1),

23-27. <https://www.gacetasanitaria.org/es-salud-comunitaria-una-integracion-competencias-articulo-S0213911110001949>

Patriglia, J. P. (2020). Traducción, sociología de las ausencias y sociología de las emergencias en el marxismo latinoamericano de Mariátegui. *Revista Intersticios de la política y la cultura*, 17, 299-321. Universidad Nacional de Córdoba. <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/intersticios/index>

Rattagan, M. (2022). Desde la Enfermología Pública hacia la Salud Mental Comunitaria. *Revista Poiética*, 5. Psicología Comunitaria. <https://revistapoietica.com.ar/desde-la-enfermologia-publica-hacia-la-salud-mental-comunitaria/>

República Bolivariana de Venezuela. (2020). *Reglamento de Funcionamiento de las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC)* [Resolución N.º 033, 20 de febrero de 2020]. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N.º 41.886, 25 de mayo de 2020. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Disponible en Pandectas Digital.

Sánchez, G. L. (2006). *Simplified medicine auxiliaries among indigenous people in Amazonas, Venezuela: Their role in a shifting context* (Tesis inédita, London School of Hygiene & Tropical Medicine). <http://researchonline.lshtm.ac.uk/682341/>
<https://doi.org/10.17037/PUBS.00682341>

Sánchez GL, González J, Kielmann K (2007) *¿Imposición, cooperación o respuestas innovadoras? El caso de los Auxiliares de Medicina Simplificada en Amazonas, Venezuela* En: *Lecturas antropológicas de Venezuela* Eds. Meneses Pacheco L, Gordones G, Editorial Venezolana C.A., Mérida-Venezuela pp 79-86 <https://www.costadelsolfm.org/wp-content/uploads/2021/12/Lecturas-antropologicasa.pdf>

Testa, M. (1993). *Pensar en Salud*. Lugar Editorial.

Testa, M. (1993). *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Lugar Editorial.

- Valera Pírela, L., Rivas Naar, J., Betancourt, E., Carbonell B., R. E., Flores Meneses, M., (2019). Programa Nacional de Formación Avanzada en Gestión Integral de Centros Asistenciales (PNFAGICA). Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”. Ministerio del Poder Popular para la Salud & Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología.
- Wiley, L. F., Yearby, R., Clark, B. R., & Mohapatra, S. (2022). What is Health Justice? *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 50(4), 636-640. <https://doi.org/10.1017/jme.2023.2>



Juan Vicente III Quintana Adrián

<https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>

Ingeniero Químico, Doctor en Ciencias Gerenciales, Especialista en Gestión en Salud Pública y Posdoctor en Salud Colectiva. Con más de 15 años de experiencia en docencia universitaria, investigación y gestión académica, ha ocupado cargos estratégicos como Director Nacional de Tecnología

Educativa en la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, Coordinador Nacional del Programa de Maestría en Salud Colectiva y Director de Interacción Social. Miembro del Comité de Ética ante la COVID-19 del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Coordinador de la Escuela de Nueva Ciudadanía para la Formación del Poder Popular en Salud (2009-2012), combina un sólido dominio técnico con una clara vocación política. Su trabajo se centra en la articulación entre epistemologías del Sur, soberanía sanitaria y políticas públicas desde la Salud Colectiva, con una amplia producción intelectual en temas de determinación e injusticias socioambientales, extractivismos y derechos a la salud. Destaca por su capacidad para diseñar programas nacionales de formación a distancia, liderar procesos de participación comunitaria y traducir pensamiento crítico en acciones concretas de transformación social.



Gregorio L. Sánchez Salame

<https://orcid.org/0000-0001-9640-8737>

Médico cirujano y pediatra egresado de la Universidad Central de Venezuela (UCV), con Doctorado en Salud Pública por la Universidad de Londres. Es un referente venezolano en gestión universitaria y salud pública. Fue Vicerrector fundador de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS) en 2016, cargo

que asumió desde la creación misma de la institución. Actualmente ha retomado responsabilidades de Vicerrector en la UCS. Ha ocupado además la Presidencia de Quimbiotec, participó en el Consejo Científico Presidencial durante la pandemia de COVID-19 y actualmente también

ejerce como Director General (E) de Investigación y Educación para la Salud Integral del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Su trayectoria combina una sólida formación técnica internacional con una destacada labor político-institucional en la fundación, consolidación y dirección actual de la UCS, la investigación aplicada y el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud.



José Gregorio Rivas Naar

José Gregorio Rivas Naar es un destacado directivo y académico venezolano, actual Director del Núcleo Aragua de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS). Ha ejercido como Director Regional de Investigación y Educación de la Corporación de Salud de Aragua (Corposalud),

donde ha impulsado la articulación entre los servicios de salud y la formación de recursos humanos en el estado. Previamente se desempeñó como Director Ejecutivo (E) del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (IAE). Es uno de los principales impulsores de los Programas Nacionales de Formación Avanzada (PNFA) en Salud Colectiva en la región central, liderando la planificación, validación y oferta académica de maestrías y especializaciones en salud pública. Su labor se caracteriza por fortalecer la integración entre la red asistencial de Corposalud, los centros hospitalarios y la universidad, con énfasis en la formación de cuarto nivel, el enfoque territorial y el compromiso con el Sistema Público Nacional de Salud



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS). Posdoctor en Antropología Social (BUAP). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU

Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA UNA INTEGRACIÓN EFECTIVA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) EN OAXACA

Erick Azamar Cruz

Donovan Casas Patiño

Alejandra Rodríguez Torres

José Martín Reyes Pérez

RESUMEN

En México, las políticas de salud impulsadas desde el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 buscaron garantizar el derecho a la salud mediante la reorganización del sistema público y la transición hacia un modelo basado en Atención Primaria a la Salud (APS). Este enfoque promueve la integración de los servicios mediante las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), cuyo objetivo es articular los distintos niveles de atención para brindar servicios oportunos, continuos y de calidad. El Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030 mantiene esta orientación, destacando la consolidación del IMSS-Bienestar, el acceso universal y la modernización del sistema de salud. En Oaxaca, la implementación de RISS inició en 2006 y actualmente existen 42 redes; sin embargo, evaluaciones previas muestran limitaciones en su integración y operación. Ante la transición de los servicios estatales al IMSS-Bienestar, se propone una política pública que fortalezca la gobernanza, la coordinación institucional, el diagnóstico territorial, la participación comunitaria y la evaluación del sistema, con el fin de garantizar una atención integral y equitativa para la población.

Palabras clave: Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), Atención Primaria a la Salud (APS), IMSS-Bienestar, política pública en salud, acceso a servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

En México, desde el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, se estableció dentro del eje 2 a la política social, cuyo objetivo es: Construir un país con bienestar; Desarrollo sostenible; Consolidar los programas: I. *El Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*, II. *Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad* III. *Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez*, IV. *Jóvenes Construyendo el Futuro*, V. *Jóvenes Escribiendo el Futuro*, VI. *Sembrando Vida*, VII. *Programa Nacional de Reconstrucción*, VIII. *Desarrollo Urbano y Vivienda*, IX. *Tandas para el Bienestar*; Derecho a la educación; y **Salud para toda la Población**, este último dedicado a brindar salud para la población a fin de que todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos. Cabe mencionar que la administración que inicio el 01 de diciembre del 2018 encontró un sistema de salud público insuficiente, ineficiente, corroído por la corrupción, enfermedades sin cobertura en salud y un Seguro Popular insuficiente. Todo esto condicionado por la privatización en salud impuesta por organismos internacionales de ideología neoliberal (Plan Nacional de Desarrollo, 2018).

A partir de lo anterior, el presidente Andrés Manuel López Obrador tomó la decisión de invitar a las entidades de la República mexicana a federalizar sus servicios de salud y convocar a la participación de los distintos actores que conforman el sector salud. Realizando un análisis de la situación actual de las condiciones de salud en México. Aquí se englobaron los servicios de la Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales de Salud que son responsables de más de la mitad de la población. Como base para planear la mejora de los servicios de salud, se realizó el Censo Estratégico unidad por unidad en los ocho estados del sursureste del país y se elaboró un levantamiento en campo del funcionamiento de las jurisdicciones sanitarias.

De lo anterior se planteó la transformación del Primer Nivel de Atención (PNA) llegando a proponer el establecimiento de Distritos de Salud (DS) en sustitución de las jurisdicciones sanitarias. Los DS deberán garantizar la implantación del APS-I Mx, incrementar la resolutiveidad del PNA e institucionalizar su estructura y la formación de sus directivos. De aquí se desarrolló una propuesta de organización basada en Atención Primaria a la Salud (APS) mediante la actualización de las Redes de Atención que conformarían las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que se describieran en la publicación: Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I MX: La propuesta Metodológica y Operativa (2020).

El **Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2025-2030** de México establece una serie de estrategias y objetivos enfocados en garantizar el derecho a la salud para toda la población bajo un enfoque de bienestar, justicia social y sustentabilidad, mediante la consolidación y modernización del sistema, con un enfoque universal que disminuya las brechas de calidad y oportunidad, protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población (Plan Nacional de Desarrollo, 2025).

Las principales líneas estratégicas en materia de salud son:

1. Consolidación del IMSS Bienestar, que inició su transición desde 2023. El cual sería el pilar del sistema público de salud, especialmente enfocado a atender a población sin derechohabiencia.
2. Acceso universal y gratuito a los servicios de salud, asegurando que todas las personas, independientemente de su condición social o ubicación geográfica, puedan recibir atención médica de calidad.
3. Prevención y promoción de la salud, con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles.

4. Modernización del sistema de salud, con profesionales de salud capacitados, incrementando la cobertura en zonas de difícil acceso y con una infraestructura moderna.

Para el logro de los objetivos, se deberán conocer las acciones propuestas en el Plan Nacional de Salud, en espera de ser publicado, pero que, sin duda, partirá del seguimiento de lo iniciado en el sexenio anterior, donde se enmarca la necesidad de contar con Redes Integradas de Servicios de Salud consolidándose a través de los Servicios Públicos de Salud del IMSS-Bienestar y en un modelo basado en APS, como lo estipula el modelo MAS Bienestar, siendo liderado por los Equipos de Conducción Regional en las entidades federativas.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) EN OAXACA

Es preciso destacar que en Oaxaca (entidad motivo de análisis), el proceso de conformación de RISS se inició desde el año 2006, con la integración de las primeras diez redes, que en su momento se denominaron Macro-redes, como se describen en el documento Plan sectorial para la operación de redes de servicios de salud en el estado de Oaxaca 2012-2016 (2012), hasta llegar al año 2022 donde se cuentan instaladas 42 RISS distribuidas en todo el territorio oaxaqueño.

Para analizar el proceso de atención de las necesidades en salud de los usuarios del sistema de salud en México y Oaxaca.

Es importante entender que el trabajo individual y colectivo de todos los profesionales de la salud, con la interrelación multidisciplinar de diferentes actores que operan en red, resulta indispensable para la resolución de los problemas que surgen en la cotidianidad de los servicios de salud.

En este proceso de construcción, y sobre todo operación de las RISS, es fundamental mantener una estrecha coordinación inter e interinstitucional que favorezca la accesibilidad y

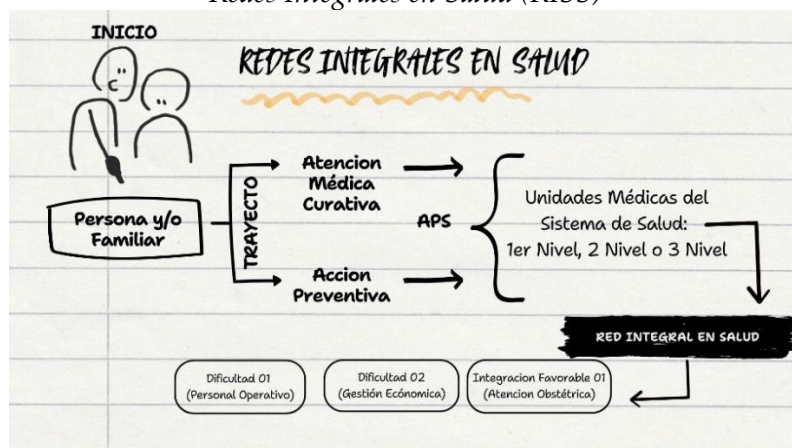
complementariedad de los servicios ofertados en cada territorio, con alto énfasis en las regiones donde las instituciones no cuentan con instalaciones, o si las hay, estas no tienen la capacidad resolutive para atender las necesidades de la población.

Es por ello, que se hace necesario contar con políticas públicas que insten de manera fehaciente a las instituciones, los directivos y los profesionales de la salud a colaborar de manera sistemática en la articulación efectiva de las RISS, y que la coordinación no sea el resultado de la *voluntad o buena fe* de las personas para el logro de la atención integral a los pacientes y familiares, sino producto de un cambio profundo del sistema de salud público.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) define, dentro de la misma, todos los arreglos que se deben hacer durante el trayecto que recorre una persona y/o su familiar a fin de obtener, de acuerdo a su estado de salud, una atención médica curativa (urgencia o ambulatoria) o acciones preventivas, rehabilitadoras o paliativas a través de las unidades médicas del sistema de salud, en los distintos niveles de atención, desde su ingreso a la red, a través de la consulta externa del primer nivel hasta la atención especializada en hospitales de tercer nivel, y su retorno a su lugar de residencia habitual.

Imagen 1.
Redes Integrales en Salud (RISS)



Fuente propia.

Con base a la evaluación realizada a las RISS del estado de Oaxaca (periodo 2015-2016), se midió el nivel de integración de las redes en tres dimensiones: prestación de los servicios de salud directos, gestión y económica. Cada una de ellas con sus atributos. Desde: la percepción directiva, el personal operativo y los usuarios.

En el 30% de las RISS evaluadas se observó un índice global de integración favorable y en el resto no favorable. Sin embargo, se constató que sí existe trabajo colaborativo entre las instituciones para la atención médica con enfoque prioritario a la atención de pacientes obstétricas. Lo que deja de manifiesto que la funcionalidad de la red está supeditada a la voluntad del personal en turno y no precisamente a un criterio normativo que dirija la atención de acuerdo con las necesidades de los pacientes.

Durante el sexenio federal 2018-2024, la política en salud ha definido que las RISS son el eje de actuación sobre el cual se implementaría el modelo de atención basado en Atención Primaria a la Salud Integral e Integrado (APS-II), y derivado del extinto Instituto de Salud de para el Bienestar (INSABI) —cuyas funciones fueron derivadas al IMSS-Bienestar—.

Este Modelo de Salud para el Bienestar (Modelo SABÍ) tienen una perspectiva similar —*brindar atención en salud a la población sin derechohabiencia*—, y actualmente como consecuencia de la creación de este Organismo Público Descentralizado del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS Bienestar-OPD) se propone el Modelo Atención en Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). El cual tiene como eje la APS y como medio operativo de alcance de los objetivos la integración del RISS.

La entidad oaxaqueña cuenta desde 2022, con 42 RISS instaladas, que incluyen unidades de todas las instituciones que conforman el sector salud.

Sin embargo, con el proceso de transferencia de las unidades de salud (primero, segundo y tercer niveles de atención), pertenecientes hasta este año a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), al nuevo organismo IMSS-Bienestar OPD, existe incertidumbre en los procesos de operación de las mismas. Así como en el suministro de insumos, medicamentos y demás requerimientos para el otorgamiento de la atención médica y, por consiguiente, la operatividad de las RISS.

Por lo anterior, se hace necesario contar con políticas públicas que definan con claridad la operatividad, coordinación, integración y procesos de atención de las RISS en el estado de Oaxaca. Para que la estructura existente coadyuve en la mejora del estado de salud de la población, considerando como base las necesidades de cada territorio.

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD

Una *política pública saludable* se define como toda política, generada o no en el sector salud, destinada a promover la salud y/o prevenir enfermedades. Sus objetivos deben orientarse a reducir los factores de riesgo de enfermar en la población y garantizarles una exposición equitativa a condiciones saludables (Hancock, 1982).

Uno de los grandes retos del gobierno federal actual, en el *proceso de transición al IMSS-Bienestar*, es que no ofrece una hoja de ruta a las entidades federativas con reglas claras y un modelo novedoso en la forma de operar, ni en la oferta de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades regionales y/o locales. Es decir, seguimos contando con modelos rígidos de salud que no satisfacen las necesidades sentidas y expresadas de la población y tampoco las necesidades normativas.

La continuidad de la *atención médica* sigue enmarcada desde hace más de 30 años en el mismo modelo de salud (*con nombres distintos se nombra al modelo biomédico-curativo*). Con una visión conservadora y descriptiva de las formas de operar que deja de lado problemas trascendentales en la operación del sistema de salud con una franca fragmentación, desarticulación y difícil cobertura y acceso para la población.

La *intersectorialidad en salud* implica integrar, sin descuidar las funciones sustantivas de cada sector, nuevos saberes e involucrar a personas e instituciones con independencia de relaciones jerárquicas que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible y funcional con alta capacidad de adaptación a objetivos socio-comunitarios.

La *APS* solo será posible si se asienta sobre los principios de respeto a los *derechos humanos, equidad y justicia social*, sin menoscabo de la *cosmovisión local y regional*, partiendo de los diagnósticos locales profundos, que caractericen plenamente a cada región y a partir de ahí exista una participación consensuada de las instituciones, autoridades municipales y de salud, así como de la propia comunidad.

La creación de una política en salud que determine los procesos de operación efectiva de las RISS basadas en un modelo de APS implica pensar en la satisfacción de las necesidades de los habitantes y no solo en las barreras que impiden cumplir el objetivo. Y es ahí donde los gobiernos, en todos sus niveles, han encontrado complicaciones culturales, sociales, económicas para disminuir la brecha de

desigualdad. Encontrando un equilibrio en un sistema de salud funcional que mejore, como consecuencia, el nivel de salud y bienestar de la población y, por tanto, su calidad de vida.

Sin duda habrá que resolver obstáculos relacionados con los diferentes tipos de establecimientos, proceso que requiere un cambio transformativo sostenido y de largo alcance, así como programas cuyos líderes y gerentes apoyen ese cambio (OPS, 2022).

La transformación de un modelo biomédico en uno con capacidad de comprender las necesidades de la persona como un todo —basado en un modelo preventivista que emplee equipos multidisciplinarios de recursos humanos en salud—; logrará anclar un concepto mucho más amplio de la salud y el buen vivir comunitario. Asimismo, requerirá que se fomenten nuevas redes de atención para permitir la atención coordinada entre diversos proveedores, establecimientos, sin dejar de lado la respuesta social organizada de la comunidad, barrio, colonia o alcaldía.

POLÍTICA PÚBLICA PARA LA INTEGRACIÓN EFECTIVA DE RISS EN OAXACA, EN EL MARCO DE LA TRANSFERENCIA DE LOS SSO AL IMSS-BIENESTAR

Partimos de un objetivo general: *garantizar la cobertura y acceso a los servicios salud, en términos de equidad e igualdad, en el estado de Oaxaca, a través de la operación efectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que otorguen atención oportuna, de calidad e integral, a toda la población de acuerdo con las necesidades regionales.*

Estrategias:

1. Rectoría y gobernanza.
 - a. Responsable de las RISS.
 - b. Definición sectorial del modelo de salud (MAS-Bienestar) como eje de actuación.

c. Actualización del Plan sectorial de operación de RISS 2025-2030.

2. Integración del sistema de salud enfocado a la salud.

a. Diagnóstico situacional estatal: demografía, daños a la salud, estadísticas vitales, desigualdades, inequidades, marginación.

b. Diagnóstico de capacidad instalada actual, análisis de la oferta (cartera de servicio) y brechas para la prestación de servicios de salud.

c. Medicamentos, material de curación y demás insumos para la atención.

d. Recursos humanos para la salud: total de profesionales de la salud en la entidad, caracterización por RISS, perfiles, disponibilidad, necesidades de capacitación.

e. Recursos financieros.

f. Diagnóstico participativo con la comunidad y la RISS.

3. Diagnóstico de necesidades y determinantes sociales en cada región (carga de la enfermedad).

a. Priorización de problemas de salud por RISS.

b. Demanda insatisfecha.

c. Determinantes sociales.

d. Riesgos y multiamenazas.

4. Resolutividad de los servicios de acuerdo con el nivel de atención, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de acuerdo con cada territorio.

a. Validación o redefinición de territorios.

b. Guías de práctica clínica (GPC), Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM), lineamientos técnicos, programas operativos.

c. Promoción de la salud.

d. Prevención de la enfermedad.

e. Gestión integral del riesgo.

- f. Coordinación técnica y operativa.
 - g. Sistema de referencia y contrarreferencia.
5. Participación ciudadana.
 - a. Autoridades municipales.
 - b. Comités locales de salud.
 - c. Red de municipios por la salud.
 - d. Actores clave/aval ciudadano.
 6. Sostenibilidad financiera.
 - a. Recursos para contratación de profesionales de la salud necesarios.
 - b. Recursos materiales.
 - c. Recursos financieros.
 7. Sistemas de información (investigación).
 - a. Datos individuales, familiares, comunitarios.
 - b. Sistemas formales de información (hoja diaria del médico, expedientes clínico electrónico, sistema de información de referencia y contrarreferencia, Sistema de Información en Salud (SIS), informes epidemiológicos...).
 8. Monitoreo y evaluación.
 - a. Instrumentos y metodologías para el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la red.
 - b. Indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto.

Este modelo es una propuesta que podría trabajarse como diagnóstico estatal y, a su vez, en cada región a partir de las 42 RISS con el fin de que cada una de ellas cuente con una estructura *ad hoc* a las características de cada zona y se consideren las brechas específicas para su atención local. Favoreciendo así el continuo de la atención en el marco de la cosmovisión de las personas, sin afectación de las determinantes culturales y sociales individuales,

más bien adecuándose a las mismas; siendo los 15 equipos de conducción regional proyectados para el 2015 en el estado, quien integraría la funcionalidad de las mismas.

PARTICIPACIÓN Y DEMOCRACIA COMUNITARIA

Ante los diversos problemas de la representación política que se viven en la actualidad, es necesario reivindicar el derecho al pueblo a intervenir en la toma de decisiones para darle mayor consistencia a la democracia participativa.

Partiendo de la definición de soberanía sanitaria como la capacidad de una nación de llevar adelante acciones, dispositivos, políticas públicas y estrategias necesarias para garantizar el acceso al derecho a la salud sin condicionamientos de todas las personas que lo habitan (Blinder *et al.*, 2021; Fonseca, 2022).

Con base a la línea del gobierno federal actual en el país, si se le concibe como el gobierno del pueblo, es natural que haya un reclamo por una mayor participación en el ejercicio del poder. Es por ello que para la implementación de la política pública de la integración efectiva de las RISS en Oaxaca, es menester que el sistema de salud reorganice la geopolítica que favorezca la equidad en el acceso a los recursos e insumos que sustente el derecho a la salud (en el proceso de transición al IMSS-Bienestar), y que la ciudadanía, en coordinación directa con las autoridades municipales, comités de salud y actores clave de la comunidad, sean partícipes durante todo el proceso de diagnóstico y priorización de necesidades, pero fundamentalmente en la organización y respuesta operativa de la RISS.

En este sentido, la comunidad debe organizarse para responder a la necesidad en salud de cada región, y no solo proponer o diseñar las alternativas de solución con base a las características del territorio, sino ser parte de las acciones de respuesta e implementación de la política pública como corresponsables de su propia salud. Consensuando con los titulares del sistema de salud y de las municipalidades sin dejar de lado el formar parte de los

procesos de evaluación de la funcionalidad de las RISS, desde su percepción en la atención integral y eficacia de la respuesta en todo el trayecto de atención, incluyendo los efectos de las prácticas de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (2025-2030): INTEGRACIÓN Y COHERENCIA

Con fin de relacionar la política propuesta con las líneas federal y estatal, se presenta enseguida el cuadro de alineación de la misma, con los objetivos y estrategias de los planes y programas vigentes, Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030 (PND 2025-2030), Programa Sectorial de Salud (PROSESA 2020-2024) y el Plan Estatal de Desarrollo 2022-2028 (PED 2022-2028), siendo muy claro que existe coherencia con lo planteado desde la federación con la propuesta local, lo que le da viabilidad al proyecto presentado.

Es de destacar que en México recientemente se ha dado la transición de la Presidencia de la República. Por lo tanto, deberá actualizarse el análisis cuando sea oficializado el Plan Nacional de Desarrollo (2024-2030), y por consecuencia lógica con el Programa Sectorial de Salud resultante.

Por otro lado, es necesario mencionar que a pesar de que el gobierno estatal en Oaxaca tiene casi dos años de gestión, a la fecha no se cuenta con un Plan Estatal de Salud, *no hay ejes de las políticas públicas en salud para la entidad*, por lo que no se incluyen en la alineación que se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1.
Alineación PND/PROSESA/PED

PND 2025-2030	PROSESA 2020-2024	PED 2022-2028	Política Pública propuesta
Eje general 2. Desarrollo con bienestar y humanismo Objetivo 2.7 garantizar el derecho a la protección de la salud... Estrategia 2.7.1 Fortalecer al IMSS-Bienestar como el principal proveedor de servicios de salud... Estrategia 2.7,2 Reforzar las políticas de salud colectiva...	Objetivo prioritario 1. Acceso efectivo, universal y gratuito. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud. Objetivo prioritario 2: Mejora continua. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación	Eje 1. Estado de Bienestar para todas las Oaxaqueñas y los Oaxaqueños 1.9 Salud Objetivo 1.9 Consolidar el acceso efectivo de las y los oaxaqueños a servicios de salud de calidad. Estrategia 1.9.1 Fortalecer la rectoría de los Servicios de Salud en el estado. Líneas de acción 1.9.1.1 Coordinar las actividades entre las diversas instituciones del sector salud en la entidad Estrategia 1.9.2 Consolidar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar. Líneas de acción 1.9.2.1 Coordinar con los diferentes niveles de gobierno e instituciones	Estrategias 1.Rectoría y gobernanza 2.Integración del sistema de salud 3.Diagnóstico de necesidades y determinantes sociales 4.Resolutividad 5.Participación ciudadana 6.Sostenibilidad financiera 7.Sistemas de información 8.Monitoreo y evaluación

Estrategia 2.7.9 Garantizar la atención médica integral y de calidad para adultos mayores... Estrategia 2.7.10 Favorecer la integración del Sector Salud mediante un modelo de intercambio de servicios que incremente la capacidad resolutiva y la calidad de la atención médica.	social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano. Objetivo prioritario 3: Capacidad y calidad. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.	del sector, el marco normativo de la Federalización de los Servicios de Salud de Oaxaca en el Sistema de Salud para el Bienestar, para las personas sin seguridad social. 1.9.2.2 Otorgar acceso gratuito a la asistencia sanitaria a la población que no cuente con seguridad social. 1.9.2.3 Fortalecer las redes integradas de servicios de salud para garantizar Estrategia 1.9.3 Fortalecer la atención primaria a la salud. Líneas de acción 1.9.3.3 Brindar servicios de salud gratuitos, accesibles, integrales, apropiados, oportunos y de calidad que procuren la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad, bajo un enfoque de interculturalidad y sin discriminación.	
--	---	---	--

Fuente: elaboración propia.

Derivado de lo anterior, se podría pensar que existe un área de oportunidad valiosa en el Estado de Oaxaca, para que, ante la falta de Plan Estatal de Salud actualizado, la transferencia de las unidades operativas de los SSO al IMSS-Bienestar, el reciente cambio de gobiernos municipales locales, los tomadores de decisiones incluyan esta política pública, que por un lado tomaría como base toda la infraestructura en RISS existente y por otro, implementaría el modelo de salud MAS-Bienestar como eje de actuación, incluyendo los mecanismos de evaluación, a partir de una planeación estratégica consensuada e incluyente.

CIERRE

En resumen, tomando en cuenta los antecedentes del Estado de Oaxaca, y el trabajo previo realizado en RISS y en la coyuntura de la transición de los SSO a los Servicios Públicos de Salud del IMSS-Bienestar, con el fin de implementar de manera operativa el modelo de salud MAS-Bienestar, y que la operación tenga un sustento normativo. Se propone incluir en el plan estatal de salud una política pública que favorezca la operación de las RISS en toda la entidad basada en APS, en consonancia con el modelo federal en donde exista una participación intra e interinstitucional que atienda el proceso salud-enfermedad-atención-muerte de la población oaxaqueña. Afianzando el derecho a la salud de la colectividad. Con esto se coadyuve a la mejora del estado de salud de la población; todo lo anterior atendiendo la instrucción federal de conformar en las entidades federativas los equipos de conducción regional, quienes serán los responsables de hacer que la operación del Modelo MAS opere.

La transición a este modelo propuesto es primordial para atender el estado de salud y enfermedad en Oaxaca y México, puesto que incluye una perspectiva social haciendo partícipes de la misma a la comunidad en favor de la salud individual, familiar y comunitaria. Donde todos los actores influyen con su amplio conocimiento del

medio social, ambiental, cultural, de los servicios y su relación con los factores políticos, sociales y globales, de esta forma esta propuesta suma a las necesidades del sistema en salud mexicano.

REFERENCIAS

Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). Publicado en el DOF 25 octubre 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324264>

Azamar-Cruz E, García-Pérez LI, Miranda-Rodríguez E. Implementación de redes intersectoriales de servicios de salud en Oaxaca, 2012-2016. 2012. ISBN: 978-607-8153-15-2

Gobierno de la República Mexicana. PLAN Nacional de Desarrollo 2019-2024. Publicado en DOF viernes 15 de julio 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487316/PND_2019-2024.pdf

Gobierno de la República Mexicana. PLAN Nacional de Desarrollo 2025-2030. Publicado en DOF martes 15 de abril 2025. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/2025/PRESREP/PND%202025-2030.pdf>

Secretaría de Salud de México. PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. Publicado en DOF viernes 17 de agosto 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>

PLAN Estatal de Desarrollo, 2022-2028. Publicado el 29 de junio del 2023. Disponible en: <http://www.ped.oaxaca.gob.mx/ped/>

Archivos/inicio/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20ESTATAL
%202022-2028-web.pdf



Erick Azamar Cruz

<https://orcid.org/0009-0007-1395-1963>

Médico salubrista con Maestría y Doctorado en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Realizó una estancia posdoctoral en Salud Colectiva en la Universidad de los Lagos. Cuenta con más de 27 años de experiencia profesional en unidades de atención de primer, segundo y tercer nivel, así como en funciones directivas y de gestión en el ámbito estatal en Oaxaca, México. Ha participado de manera activa en la formación de recursos humanos en salud en los niveles de licenciatura, maestría y doctorado, colaborando con diversas instituciones académicas, entre ellas la URSE, el INSP, ACaI para la Formación y Desarrollo, la Universidad Anáhuac, la BUO y la Universidad Internacional. Académico titular y Vocal de educación médica en salud global en la Academia Nacional de Educación Médica y DPC A.C., capítulo Oaxaca. Sus líneas de investigación se centran en la salud pública, los sistemas de salud y la salud colectiva.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS). Posdoctor en Antropología Social (BUAP). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico "Nutrición, Educación y Salud Colectiva" UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.



José Martín Reyes Pérez

<https://orcid.org/0000-0002-8443-6973>

Licenciado en Derecho. Diplomado en Ciencias Penales. Maestro en Ciencias Penales. Doctor en Ciencias Penales, Instituto de Ciencias Jurídicas de Estudios Superiores (INCIJES). Profesor de Tiempo Completo en el Centro Universitario (UAEMex) Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México adscrito a la Licenciatura en Derecho. Sus trabajos se enfocan en el ámbito del Derecho y la atención a la Salud. Asimismo, investiga sobre los mecanismos legales para la protección y el acceso a la salud pública.

HACIA UNA POLÍTICA PÚBLICA CON ENFOQUE EN SALUD COLECTIVA PARA PREVENIR EL SUICIDIO EN LA VEJEZ RURAL

Isaí Arturo Medina Fernández

Donovan Casas Patiño

Alejandra Rodríguez Torres

Josué Arturo Medina Fernández

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso biológico caracterizado por la acumulación de daños celulares, pero su comprensión requiere un enfoque integral que considere factores psicológicos, sociales y culturales. En los entornos rurales de México, las desigualdades estructurales, la falta de servicios de salud y la persistencia de roles de género tradicionales aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores. Estas condiciones, junto con el aislamiento y la pérdida de sentido vital, pueden elevar el riesgo de suicidio en la vejez, convirtiéndolo en un fenómeno complejo que trasciende la dimensión individual. Desde el enfoque de la salud colectiva, el suicidio en la vejez rural se comprende como resultado de determinaciones sociales que afectan la calidad de vida. Las limitaciones físicas, la precariedad económica, el aislamiento geográfico y la estigmatización de los trastornos mentales agravan el sufrimiento emocional. Frente a ello, se propone una política pública intercultural y participativa que garantice el derecho a una vida digna, reconozca la diversidad territorial y cultural, e integre saberes tradicionales. Entre las estrategias destacan la formación de agentes comunitarios en salud mental, la implementación de telemedicina y brigadas móviles, y el fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo. El suicidio en la vejez rural refleja desigualdades históricas que exigen respuestas estructurales. Superar el enfoque asistencialista implica adoptar políticas con

perspectiva de salud colectiva, centradas en la equidad, la participación y la soberanía sanitaria. Solo a través de la inclusión comunitaria y el reconocimiento de la diversidad cultural podrá promoverse un envejecimiento digno y emocionalmente saludable en los territorios rurales.

Palabras clave: adulto mayor, suicidado, salud rural

INTRODUCCIÓN

A nivel biológico, el envejecimiento es consecuencia de la acumulación progresiva de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. No obstante, este proceso no puede explicarse únicamente desde la biología, ya que también implica el deterioro gradual de las capacidades físicas y mentales. Lo que aumenta la vulnerabilidad frente a diversas enfermedades. Además de los cambios biológicos, factores como la jubilación, la pérdida de propósito vital o el fallecimiento de personas significativas, suelen generar afectaciones psicológicas que, sumadas a las limitaciones físicas y sociales, reducen de manera importante la calidad de vida en la vejez (Noto, 2023).

En este sentido, la vejez no constituye una experiencia homogénea, sino que se vive de manera diversa según las condiciones de género, nivel socioeconómico, edad, orientación sexual, discapacidad, pertenencia étnica, alfabetización y contexto territorial, ya sea urbano o rural (Consejo Nacional de Población, 2024). Estas diferencias configuran múltiples formas de envejecer, con desigualdades estructurales que determinan la calidad y el sentido de esta etapa de la vida.

Particularmente, la vejez en los entornos rurales mexicanos se caracteriza por la persistencia de condiciones estructurales que limitan el bienestar. La escasa movilidad social y la continuidad de las desigualdades reflejan trayectorias laborales marcadas por la informalidad, bajos niveles educativos y ausencia de seguridad

social, lo que incrementa la vulnerabilidad económica. El género, además, sigue determinando los roles sociales: las mujeres permanecen ligadas a la esfera reproductiva, mientras que los hombres se insertan en la productiva, reproduciendo una marcada división sexual del trabajo. En conjunto, estos factores sostienen un escenario de precariedad y desigualdad que define la experiencia del envejecimiento en los territorios rurales de México y puede incrementar el riesgo de suicidio (Flores y Garay, 2023).

Los factores referidos pueden influir sobre un aumento de casos de suicidio en los adultos mayores.

El suicidio en la vejez rural debe comprenderse como un fenómeno complejo, influenciado no solo por factores individuales que trascienden lo clínico, sino también por la determinación social de la salud, desde una perspectiva de territorialidad, es así que el envejecer en condiciones de vulnerabilidad, aislamiento y falta de acceso a servicios adecuados incrementa de manera significativa el riesgo de sufrimiento emocional y conductas suicidas (Medina et al, 2025).

En este contexto, el suicidio en la vejez no constituye un hecho aislado, sino la expresión de trayectorias vitales marcadas por la acumulación de desigualdades, la pérdida de roles sociales, el debilitamiento de los vínculos afectivos y la desvalorización simbólica. En territorios rurales y en condiciones de pobreza, la ausencia de alternativas para un envejecimiento digno puede llevar a que algunas personas mayores perciban la muerte como una salida ante la falta de sentido vital (Medina et al., 2025).

Lo anteriormente referido aumenta el riesgo de suicidio en adultos mayores y se prevé que esta tendencia persista conforme crece la población geriátrica (Sadek et al., 2024). Estudios muestran que la mayoría de las personas mayores que cometen suicidio, acuden con mayor frecuencia a servicios de atención primaria que a profesionales de salud mental; solo el 20% tuvo contacto con un especialista en el mes previo al suicidio (Conejero et al., 2018).

Entre los factores de riesgo asociados al suicidio en la vejez se encuentra: la presencia de enfermedades psiquiátricas, el grado de

conexión social con la familia, los amigos y la comunidad, así como las condiciones de salud física y la capacidad funcional.

Estos elementos interactúan de manera compleja dentro de un contexto determinado por la cultura, la personalidad y las experiencias de vida de cada persona mayor (Conwell et al., 2011).

El suicidio en la vejez debe comprenderse como un fenómeno complejo, influenciado no solo por factores individuales que trascienden lo clínico, sino también por la determinación social de la salud desde una perspectiva de territorialidad. Envejecer en condiciones de vulnerabilidad, aislamiento y falta de acceso a servicios adecuados incrementa de manera significativa el riesgo de sufrimiento emocional y conductas suicidas (Medina et al, 2025).

En el medio rural, los factores externos, como la precariedad económica, la falta de infraestructura sanitaria, el aislamiento geográfico y las tensiones comunitarias pueden agravar la vulnerabilidad emocional y social del adulto mayor (Madrigal, 2022).

Para abordar el riesgo de suicidio entre las personas mayores, es necesario plantear políticas públicas en salud donde se consideren los determinantes de la salud y la determinación social. Así como sus factores de riesgo específicos, dado a que la tasa de suicidio, constantemente alta, resalta la urgencia de desarrollar e implementar programas de prevención personalizados. Es así que debemos concienciar sobre la salud mental de las personas mayores para reducir el número de suicidios en esta población vulnerable y de alto riesgo (Werdin, 2024).

Referido lo anterior, se plantea el objetivo de reflexionar sobre vulnerabilidad al suicidio en la vejez rural para el desarrollo de una política pública desde un enfoque de salud colectiva.

DESARROLLO

Una política pública se define como un conjunto de decisiones y acciones orientadas a resolver problemas de interés colectivo. Su efectividad no depende únicamente de un diseño pertinente, sino

también de la capacidad institucional para implementarla con éxito. Por ello, las políticas públicas no se enfocan en problemas generales o abstractos, sino en aquellos que son concretos, contextualizados y que reflejan realidades sociales específicas (Cejudo, 2016).

En este marco, las políticas públicas interculturales se conciben como acciones gubernamentales fundamentadas en el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural y a la pluriculturalidad. Su desarrollo implica la participación de representantes de distintas culturas en la toma de decisiones y en la construcción de espacios de diálogo intercultural con el objetivo de avanzar hacia una gobernanza inclusiva. Este enfoque busca superar la hegemonía cultural y fomentar una cohesión social basada en la equidad, la reciprocidad y el reconocimiento mutuo (Sarmiento, 2018).

Una política pública con enfoque en la salud colectiva orientada al suicidio en la vejez debe garantizar el derecho a una vida digna y con sentido para las personas mayores, considerando las particularidades culturales, de género y territoriales que influyen en su bienestar emocional.

Desde este enfoque, la vejez se entiende como una experiencia diversa atravesada por valores y creencias propias de cada comunidad, las intervenciones deben ser culturalmente pertinentes, integrar saberes tradicionales, redes comunitarias y estrategias de cuidado colectivo.

La salud colectiva se entiende como un campo interdisciplinario que va más allá de la visión biomédica e individual de la salud para reconocerla como un proceso social, histórico y político. Desde esta mirada, la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que se configura a partir de las condiciones de vida de las poblaciones y de los factores sociales, culturales, económicos y ambientales que las atraviesan, este enfoque busca comprender las desigualdades y las relaciones de poder que influyen en el bienestar, así como los procesos que producen tanto la enfermedad como la salud (Osmo y Blima, 2015).

Ahora bien, para realizar una reflexión en la generación de políticas públicas con enfoque en salud colectiva en el suicidio de la vejez rural, se tocarán los siguientes puntos: análisis crítico de las raíces del problema, propuesta conceptual para una política pública y democracia participativa y soberanía sanitaria.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS RAÍCES DEL PROBLEMA

El suicidio en la vejez rural es un fenómeno complejo que no puede abordarse únicamente desde una perspectiva clínica o individual, tampoco debe limitarse a un enfoque psicológico. Se trata de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y estructurales, cuya comprensión requiere considerar la determinación social de la salud y las condiciones de vida de las personas mayores.

Dentro de estas condiciones se encuentra las limitaciones físicas asociadas con el envejecimiento, que sumadas a otros factores sociales como es la soledad, aislamiento, la vulnerabilidad económica y desigualdad de los servicios de salud, generan un impacto en la salud emocional del adulto mayor. Aunado a lo anterior, se añade la falta de oportunidades laborales, seguridad y nivel de conocimientos. Asimismo, los roles persisten, las mujeres se enfocan a la crianza y a la reproducción y los varones a proveer.

No obstante, en contextos rurales, lo referido anteriormente, se intensifica por la lejanía geográfica, lo escaso de la infraestructura de salud, la limitación aún mayor de los servicios de salud, la dificultad de transporte y diversos tipos de comunicación, así como de la estigmatización de los trastornos mentales; profundizando el sufrimiento emocional y social.

Otro de los factores que generan el problema, son las concepciones culturales sobre la salud mental y el suicidio. Creando barreras adicionales para buscar ayuda y expresar su sufrimiento emocional. Además, la privatización de servicios ha excluido a las zonas rurales.

Si es difícil tener acceso de servicios de salud mental en las zonas urbanas; en las zonas rurales es mucho más complicado.

Del mismo modo, la disminución del PIB en salud, y sobre todo la distribución inequitativa a programas de salud mental y de forma específica en estas zonas lejanas a la ciudad, lo vuelve inaccesible.

Estas condiciones no son al azar, sino el resultado de desigualdades históricas que han marginado a las comunidades rurales en la planificación de políticas públicas. Invisibilizando sus necesidades y limitando las oportunidades para un envejecimiento digno. En consecuencia, el suicidio en la vejez rural no es un acto aislado sino la expresión de diversos acontecimientos que ponen en desventaja al adulto mayor y aumenta su vulnerabilidad.

PROPUESTA CONCEPTUAL PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA

La prevención del suicidio en la vejez rural requiere una política pública con un enfoque de salud colectiva y con una perspectiva intercultural que reconozca la diversidad de experiencias, saberes y contextos de las personas mayores. Esta política debe fortalecer la salud mental mediante intervenciones adaptadas a la región y cultura, considerando la integración de saberes tradicionales y el desarrollo de estrategias de cuidado colectivo.

Para ello, es necesario tener redes de apoyo para fomentar, en primer lugar, espacios para capacitar a agentes comunitarios en temas de salud mental. Siendo necesario para ser los primeros en detectar riesgo de suicidio al adulto mayor, además que serán los responsables de capacitar a familiares y también compartir conocimientos en la identificación de signos del riesgo de suicidio.

Del mismo modo, debido a que algunas zonas rurales son de difícil acceso, y considerando que el acceso de los servicios de salud debe ser equitativo; se pueden utilizar estrategias como la telemedicina, brigadas móviles que lleguen directamente a territorios de pueblos originarios reduciendo barreras geográficas y capacitar a profesionales de salud mental con competencia

intercultural en su atención al adulto mayor y también con conocimiento de las experiencias de envejecimiento diferenciadas de hombres y mujeres mayores.

El objetivo es transformar el enfoque asistencialista tradicional en uno que promueva la autonomía, el sentido de pertenencia, la cohesión social y el bienestar emocional de las personas mayores rurales, generando condiciones de equidad y fortaleciendo la capacidad comunitaria para enfrentar los riesgos asociados al suicidio.

DEMOCRACIA PARTICIPATIVA Y SOBERANÍA SANITARIA

La efectividad de cualquier política pública en salud colectiva depende de la participación de la comunidad en todas sus etapas: diseño, implementación y evaluación. La democracia participativa implica que las personas mayores, sus representantes comunitarios, líderes locales, organizaciones civiles y profesionales de salud formen parte de los espacios de toma de decisiones, garantizando que sus necesidades, valores y saberes sean reconocidos y considerados.

Por su parte, la soberanía sanitaria reconoce la capacidad de las comunidades para definir sus prioridades, gestionar recursos y desarrollar modelos de atención acordes con sus valores, creencias y formas de vida. Lo anterior fomenta la autonomía en la gestión de la salud, la resiliencia frente a la vulnerabilidad y la construcción de soluciones locales sostenibles.

La integración de democracia participativa y soberanía sanitaria permite construir políticas inclusivas, culturalmente pertinentes y adaptadas a los contextos rurales, fortaleciendo la cohesión social y ofreciendo alternativas concretas para un envejecimiento digno. La transparencia, la rendición de cuentas y la educación para la salud son pilares. Desde la perspectiva de la salud colectiva, esta aproximación busca que las personas mayores rurales

se conviertan en protagonistas de su bienestar y de las decisiones que afectan su vida.

Para ello dentro de las acciones a realizar es el garantizar que las comunidades sean líderes en la identificación de necesidades y ser partícipes en las soluciones. Además, se debe brindar formación comunitaria en salud mental. Permitiendo que tomen decisiones para que reconozcan a los adultos mayores como sujetos de derecho a la salud mental y, por último, surge la necesidad de identificar los significados culturales del envejecimiento y la muerte.

CIERRE

El suicidio en la vejez rural refleja desigualdades estructurales que afectan la salud física, emocional y social de las personas mayores. Su abordaje requiere políticas públicas con enfoque en salud colectiva que reconozcan la diversidad cultural, territorial y de género, integrando saberes tradicionales y estrategias comunitarias de prevención.

Afrontarlo exige superar los enfoques asistencialistas y promover políticas públicas con perspectiva de salud colectiva que reconozcan la diversidad cultural y territorial. Esto implica fortalecer las redes comunitarias, formar agentes locales en salud mental y garantizar la equidad en el acceso a los servicios, considerando las condiciones reales de vida en los contextos rurales.

REFERENCIAS

- Cejudo, G. M., & Michel, C. L. (2016). Coherencia y políticas públicas: Metas, instrumentos y poblaciones objetivo. *Gestión y política pública*, 25(1), 03-31.
- Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicidio en adultos mayores: perspectivas actuales. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691–699. doi: 10.2147/CIA.S130670

- Consejo Nacional de Población, 2024.<https://www.gob.mx/conapo/articulos/del-acelerado-envejecimiento-poblacional?idiom=es>
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(2), 451–ix. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Flores Martínez, Rosa María, & Garay Villegas, Sagrario. (2021). Vejez rural, redes de apoyo y trayectorias: un estudio comparativo entre México y España. *Revista pueblos y fronteras digital*, 16, e508. Epub 28 de abril de 2023.<https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2021.v16.508>
- Florez, I., Puente de la Vega-Aparicio, V., & Canahuire, V. (2023). Aproximaciones teóricas de las políticas públicas con enfoque intercultural en las universidades del Perú. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, (20), 210-227.
- Madrigal León, D. Y. (2022). Envejecimiento en espacios rurales. Expresiones de vulnerabilidad social en entornos comunitarios del oriente de Cuba. *Papeles de población*, 28(113), 97-124.
- Medina Fernández, I. A., Casas Patiño, D., Martínez Reyes, C. R., & Mazatán Ochoa, C. I. (2025). Determinación social del suicidio en personas mayores. El papel de la territorialización. *Presencia*, 21, e15914. Recuperado a partir de <https://ciberindex.com/c/p/e15914>
- Noto S. (2023). Perspectives on Aging and Quality of Life. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(15), 2131. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152131>
- Osmo, A., & Schraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, 24 (Suppl. 1), 205-218. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
- Sadek, J., Diaz-Piedra, B., Saleh, L., & MacDonald, L. (2024). A narrative review: suicide and suicidal behaviour in older

adults. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1395462. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1395462>

Sarmiento, C. (2018). Interculturalidad y multiculturalidad en las humanidades: entre política y ciencia. *Estudios Ibero-Americanos*, 44(2), 380-392. <https://doi.org/10.15448/1980-864X.2018.2.28532>

Werdin S. (2024). Suicide in the Elderly - A Prevalent Phenomenon With Low Societal Awareness. *International journal of public health*, 69, 1606482. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606482>



Isaí Arturo Medina Fernández

<https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>

Licenciado en Enfermería por la UADY. Maestro en Enfermería con acentuación en atención al adulto mayor por la UAdeC. Doctor en Salud Pública por la UNICLA. Postdoctorante en Salud Colectiva por la Universidad de los Lagos. Profesor en la Facultad de Enfermería y Nutrición “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. Su trabajo de investigación se enfoca en la conducta de salud de grupos vulnerables, de forma específica en cuidadores y adultos mayores. Es integrante del cuerpo académico “Conductas de cuidado en la salud colectiva”, pertenece al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel 1.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS). Posdoctor en Antropología Social (BUAP). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I)

por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.



Josué Arturo Medina Fernández

<https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

Licenciado en Enfermería por la UADY. Maestro en Enfermería con acentuación en atención al adulto mayor por la UAdeC. Doctor en Salud Pública por la UNICLA. Postdoctorante en Salud Colectiva por la Universidad de los Lagos. Profesor de Tiempo Completo en el Departamento de Ciencias de la

Enfermería en la División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Su trabajo de investigación se enfoca en la conducta de salud en el adulto mayor, envejecimiento y vejez, pertenece al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel 1.

**TEORÍA CRÍTICA Y PRAXIS SITUADA: DIÁLOGOS, TENSIONES Y
SÍNTESIS EN LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
DESDE UNA EXPERIENCIA FORMATIVA POSDOCTORAL**

Juan Vicente III Quintana Adrian¹

Donovan Casas Patiño

Alejandra Rodríguez Torres

RESUMEN

Este capítulo desarrolla un análisis crítico de una experiencia formativa posdoctoral en el campo de las políticas públicas y la salud colectiva. Entendida como un dispositivo pedagógico situado para problematizar paradigmas hegemónicos y promover procesos de soberanía sanitaria en el Sur global. Mediante un enfoque hermenéutico-dialéctico, apoyado en la cartografía conceptual, se reconstruyen marcos críticos provenientes de ponencias de referentes latinoamericanos y se analizan conceptualizaciones emergentes elaboradas por participantes a partir de sus *praxis* territoriales. El estudio propone ejes analíticos para interpretar núcleos temáticos recurrentes, como el envejecimiento poblacional, la interculturalidad, el cuidado y la soberanía sanitaria, que permiten articular el diagnóstico estructural de los procesos nocivos del neoliberalismo con la producción situada de procesos protectores colectivos. El diálogo entre teoría crítica y *praxis* situada revela convergencias transformadoras, tensiones productivas vinculadas a la persistencia de lenguajes tecnocráticos y prácticas clientelares, así como vacíos que abren horizontes para futuras elaboraciones, tales como la dimensión espiritual y las territorialidades socioambientales. En su síntesis, el capítulo afirma la determinación social de la salud como un puente dialéctico entre lo macroestructural y la micropolítica del trabajo vivo, y plantea la formación crítica como un proceso protector de solidaridad

¹ juanadrian1@yahoo.es <https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>

epistémica. Finalmente, se propone la integración transversal de los ejes y núcleos identificados como orientación para programas de formación avanzada comprometidos con políticas públicas emancipadoras en salud colectiva.

Palabras clave: salud colectiva; determinación social de la salud; soberanía sanitaria; interculturalidad decolonial; cuidado como trabajo vivo; procesos nocivos y protectores; formación crítica.

INTRODUCCIÓN

La construcción de políticas públicas en salud constituye un campo histórico de disputa atravesado por relaciones de poder, proyectos societales en pugna y marcos epistemológicos que orientan, o limitan, la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-vida-muerte.

En el contexto latinoamericano, estas disputas se inscriben en una crisis civilizatoria marcada por la mercantilización de la vida, la profundización de las desigualdades sociales y la persistencia de lógicas coloniales que reducen a la salud a un problema técnico, individual y gestionable mediante instrumentos normativos descontextualizados.

Frente a este escenario, la salud colectiva emerge no solo como un campo académico, sino como un proyecto ético-político que interpela las formas hegemónicas de producir conocimiento, diseñar políticas y organizar el cuidado.

Desde esta perspectiva, la teoría crítica latinoamericana ha insistido en comprender las políticas públicas como procesos históricos y conflictivos, en los que se expresan tanto los mecanismos estructurales de dominación, neoliberalización, medicalización, desasistencia programada. Así como las posibilidades de resistencia, reapropiación colectiva y producción de procesos protectores. La determinación social de la salud, en particular, ha permitido superar enfoques causalistas y fragmentarios, al situar la salud en la trama

dialéctica entre estructura social, territorialidades concretas y praxis cotidiana, reconociendo la centralidad de los sujetos colectivos en la producción y transformación de las condiciones de vida.

En este marco, la formación avanzada en salud colectiva adquiere un papel estratégico. Lejos de concebirse como transmisión neutral de contenidos, la formación crítica puede constituirse en un proceso protector en sí mismo, en tanto habilita la problematización de saberes hegemónicos, la reflexión situada sobre las prácticas y la construcción colectiva de horizontes emancipadores. Las experiencias formativas que articulan teoría crítica y *praxis* situada permiten visibilizar no solo diagnósticos estructurales, sino también las tensiones, contradicciones y potencias que emergen cuando estos marcos se encarnan en territorios concretos.

Este capítulo se inscribe en esa clave analítica y presenta una reflexión crítica a partir de una experiencia formativa posdoctoral en el campo de las políticas públicas y la salud colectiva, asumida aquí como un dispositivo pedagógico situado. La misma se nutrió de las ponencias de tres referentes fundamentales del pensamiento crítico latinoamericano en salud colectiva: Rubén Darío Gómez (2024), cuyo diagnóstico ético-político interpela el lenguaje tecnocrático y la fragmentación neoliberal de las políticas; Tulio Franco (2024), quien reivindica la micropolítica del trabajo vivo como espacio de creación subjetiva y resistencia a la captura neoliberal del cuidado; y Armando de Negri (2025), cuya crítica a la desasistencia programada y su propuesta de inversión social soberana reorientan el horizonte hacia políticas universales, integrales y emancipadoras.

Más que describir un programa o evaluar resultados académicos, el interés se centra en analizar los diálogos, tensiones y síntesis que emergen del encuentro entre estos marcos teóricos críticos y las elaboraciones producidas por participantes a partir de sus propias *praxis* territoriales, institucionales y comunitarias. Para ello, se adopta un enfoque hermenéutico-dialéctico apoyado en la cartografía conceptual, entendida no como técnica descriptiva, sino como un dispositivo analítico-político que permite acompañar

procesos en movimiento, mapear líneas de fuerza y reconocer la producción viva de sentidos en la experiencia.

Este enfoque posibilita reconstruir, por un lado, los marcos críticos ofrecidos por las ponencias mencionadas, orientadas al diagnóstico de los procesos nocivos del neoliberalismo; y, por otro, elevar las conceptualizaciones emergentes elaboradas por las y los participantes en sus trabajos escritos, en los que se analizan problemáticas de salud desde una perspectiva histórica, social y territorial.

La tesis que orienta este ejercicio sostiene que el diálogo entre teoría crítica y *praxis* situada no solo permite identificar convergencias transformadoras, sino también tensiones productivas y vacíos analíticos que resultan pedagógicamente fecundos. Mientras los marcos teóricos ofrecen herramientas para comprender la totalidad histórica y las determinaciones estructurales de las políticas públicas, las *praxis* situadas revelan cómo dichas determinaciones se encarnan, se disputan y se resignifican en contextos concretos, dando lugar a procesos protectores colectivos, pero también a la persistencia de lenguajes tecnocráticos, prácticas clientelares o formas sutiles de colonialidad del saber.

En este sentido, el capítulo propone una lectura integradora que afirma la determinación social de la salud como un puente dialéctico entre lo macroestructural y la micropolítica del trabajo vivo, evitando tanto el reduccionismo estructural como el voluntarismo localista. Al hacerlo, se busca aportar a la reflexión sobre las políticas públicas en salud colectiva no solo desde el plano normativo o institucional, sino desde la experiencia formativa y la *praxis* concreta de quienes las piensan, las disputan y las construyen cotidianamente en los territorios.

Finalmente, el análisis se proyecta más allá de la experiencia específica que le da origen. Ofreciendo claves interpretativas y ejes analíticos transferibles a otros procesos de formación avanzada y construcción de políticas públicas en salud colectiva. De este modo, se apuesta por una ecología de saberes que reconozca la formación

crítica como un espacio de solidaridad epistémica y como una condición necesaria para avanzar hacia políticas públicas emancipadoras, orientadas a la soberanía sanitaria y al derecho colectivo a la salud.

PARTE I: MARCOS CRÍTICOS – LAS PONENCIAS COMO DIAGNÓSTICO DE LA TOTALIDAD HISTÓRICA

En esta sección, reconstruimos los marcos críticos de las ponencias de Rubén Darío Gómez (2024), Tulio Franco (2024) y Armando de Negri (2025), interpretándolos como herramientas críticas que radiografían la totalidad histórica herida por procesos nocivos neoliberales en las políticas de salud. Desde un espacio formativo transdisciplinario comprometido con el desafío a los paradigmas hegemónicos y la promoción de la soberanía sanitaria en el Sur global, estas intervenciones revelan estructuras de poder, inequidades históricas y capturas subjetivas, mientras abren horizontes para procesos protectores colectivos.

El análisis hermenéutico-dialéctico muestra cómo cada ponencia contribuye a una comprensión integral de la determinación social, tensionando lo estructural con lo cotidiano y preparando el diálogo con las praxis situadas de los participantes.

1. RUBÉN DARÍO GÓMEZ: DETERMINACIÓN SOCIAL COMO RUPTURA EPISTEMOLÓGICA Y ÉTICA

Rubén Darío Gómez, pensador colombiano de la salud colectiva, especialista en determinación social, inequidades y políticas públicas desde una perspectiva ético-política crítica, enfatiza la ruptura epistemológica con el causalismo y el lenguaje tecnocrático. Ofrece un diagnóstico ético-político de las políticas públicas como asuntos de poder conflictivos e históricos, no ejercicios técnicos neutrales. Advierte contra la confianza excesiva en el lenguaje hegemónico: palabras como “determinantes” o

“factores de riesgo” que reducen la complejidad a variables aisladas, promoviendo una ruptura con el causalismo positivista dominante.

La determinación social, para Gómez (2024), es un proceso histórico dialéctico donde la realidad se transforma desde sí misma, no por acción externa de “variables socioeconómicas” añadidas a ecuaciones epidemiológicas. Critica cómo las desigualdades se miden históricamente para justificar concentración de riqueza, distinguiendo desigualdades (estructurales), diferencias (patrimonio humano) e inequidades (injusticias éticas que demandan respuesta política).

Las políticas se expresan en normas, planes y programas asimétricos que responden a intereses dominantes, no al bien colectivo; lo público surge de movilizaciones sociales que visibilizan problemas, no de magnitudes estadísticas. En contextos latinoamericanos, el Estado social de derecho proclama universalidad, pero practica fragmentación neoliberal.

Este análisis ético-político propone una *praxis* integral: abandonar lógicas tecnocráticas por procesos participativos contextualizados, conectando determinación social con decolonialidad y soberanía sanitaria para transformar inequidades en equidad colectiva.

2. TULIO FRANCO: MICROPOLÍTICA DEL TRABAJO VIVO COMO ESPACIO DE LUCHA Y CREACIÓN

Tulio Franco, psicólogo y profesor titular del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal Fluminense (Brasil), referente en micropolítica del trabajo vivo en salud y uso de la cartografía como método de investigación-acción, diagnostica la totalidad histórica en lo cotidiano: la micropolítica como acciones interesadas y dinámicas en el trabajo vivo, contrapuesta a la macropolítica de normas y protocolos reguladores. Revela cómo el neoliberalismo captura subjetividad a través de modelos asistenciales tecnocráticos,

limitando la autonomía de trabajadores y usuarios en los servicios de salud.

El “trabajo vivo” es central: acto creativo relacional donde equipos (médicos, enfermeros, psicólogos) inventan prácticas congruentes con lo considerado correcto, resistiendo el control normativo en escenarios territoriales y comunitarios. La micropolítica se manifiesta en relaciones cotidianas llenas de conflictos y posibilidades, extendiéndose más allá del espacio asistencial a domicilios y comunidades.

Franco (2024) propone la cartografía como herramienta transformadora: método de investigación-acción que mapea flujos de poder, subjetividades y deseos sin distanciamiento, evaluando servicios desde el protagonismo colectivo y fortaleciendo equipos mediante procesos ascendentes.

Este enfoque complementa las críticas estructurales, enfatizando la micropolítica como proceso protector: lugar de resistencia donde la salud se produce colectivamente, articulando lo macro con lo micro para una *praxis* emancipadora y soberanía en el cuidado.

3. ARMANDO DE NEGRI: LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD COMO INVERSIÓN SOCIAL SOBERANA Y NO COMO GASTO COMPENSATORIO

Armando de Negri Filho, médico salubrista y epidemiólogo brasileño, ex-coordinador de ALAMES y del Foro Social Mundial de la Salud, asesor internacional en sistemas de salud (OPS/OMS), experto en políticas universalistas y derechos humanos en salud colectiva. Diagnostica las políticas públicas como expresiones históricas del capitalismo neoliberal, donde la salud se reduce a “gasto social” focalizado y compensatorio. Este modelo genera una “desasistencia programada” para las mayorías, fragmentando servicios en paquetes esenciales que contienen conflictos sin alterar desigualdades profundas, influenciado por agendas globales

tecnocráticas (Banco Mundial, OMS) que priorizan la contención de costos sobre derechos integrales.

De Negri (2025) critica la tensión liberal en los derechos humanos, donde la salud se convierte en consumo individual, ignorando la universalidad y equidad real. Revela comunidades epistémicas neoliberales que imponen fragmentación, medicalización y subjetivación individualizante, traducándose en sufrimiento cotidiano: testimonios de muertes evitables por falta de cupo o tratamiento, que la evidencia estadística hegemónica invisibiliza.

Como alternativa, propone reconceptualizar las políticas como inversión social soberana, con financiamiento público integral y regulación estatal fuerte para redes universales. Esto implica innovación desde el Sur, articulando atención primaria renovada con alta complejidad, superando la mercantilización y promoviendo diplomacia sanitaria autónoma.

Este marco estructural invita a leer las políticas no como técnicas neutrales, sino como campos de fuerza históricos, abriendo procesos protectores como la re-apropiación colectiva de sistemas de salud para equidad y soberanía.

PARTE II: PRAXIS SITUADA – EXPRESIONES CONCRETAS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL EN LOS TRABAJOS DE PARTICIPANTES

Esta sección adopta la cartografía conceptual como método de lectura e interpretación de la *praxis* situada. Más que un recurso técnico, se trata de un dispositivo analítico-político que permite aproximarse a los procesos sociales de salud en su carácter vivo, relacional e históricamente producido. Desde esta perspectiva, cartografiar implica acompañar procesos en movimiento, siguiendo la “construcción y deconstrucción de mundos que se crean para expresar afectos contemporáneos” (Rolnik, citada en Franco & Merhy, 2009, p. 185), en lugar de fijar la experiencia en categorías previas.

En el campo de la salud colectiva, este método resulta especialmente pertinente porque desplaza la mirada desde las estructuras formales hacia la micropolítica de la producción del cuidado, donde el trabajo vivo en acto despliega su potencia instituyente. La cartografía permite captar las dinámicas no lineales de esa producción, atendiendo tanto a sus continuidades como a sus rupturas, a la vez que hace visibles los afectos, tensiones y deseos que atraviesan la experiencia concreta (Franco & Merhy, 2009).

Desde este encuadre, el análisis de las elaboraciones críticas no se organiza a partir de una lógica temática predefinida, sino mediante una doble operación cartográfica. En un primer plano, se construyen ejes analíticos que funcionan como marcos interpretativos, nutridos por la tradición crítica latinoamericana, en particular, la determinación social de la salud (Breilh, 2023), la crítica a la mercantilización de la vida (Laurell, 1982; Testa, 1993), el cuidado como trabajo vivo (Merhy) y la soberanía sanitaria como proyecto político (Basile & Feo-Istúriz, 2021).

Estos ejes no responden a una agenda externa, sino que emergen del diálogo entre teoría crítica y *praxis* situada. Permiten articular las escalas territoriales con los procesos históricos estructurantes, sin sustituir la riqueza de la experiencia empírica. En un segundo plano, la cartografía identifica núcleos temáticos emergentes que no derivan de categorías impuestas a priori, sino que surgen empíricamente de la recurrencia, densidad y transversalidad de ciertas problemáticas en los textos analizados.

Estos núcleos atraviesan tanto los ejes analíticos como los territorios nacionales, evidenciando cómo la determinación social de la salud se expresa de manera situada y concreta. Asimismo, muestran cómo las resistencias colectivas, articuladas en propuestas de soberanía sanitaria, cuidado integral o interculturalidad decolonial, se reconfiguran según los contextos históricos, políticos y culturales en los que emergen. A diferencia de los ejes, que operan como marcos interpretativos, estos núcleos son descriptivos, arraigados en la *praxis* de los autores, y revelan la vitalidad concreta

de las preocupaciones territoriales que recorren transversalmente los trabajos, sin responder a una estructura autoral previa.

La articulación entre estos dos planos no busca clasificar ni cerrar sentidos, sino habilitar movimientos analíticos de desterritorialización y reterritorialización de la *praxis* del cuidado (Franco & Merhy, 2009, p. 189). En esta clave, la cartografía conceptual no opera como un marco impuesto desde fuera, sino como una herramienta para reconocer, amplificar y hacer dialogar los saberes que ya están en acto en los territorios, preservando su potencia crítica frente a las lógicas neoliberales y coloniales que tienden a capturarlos.

Esta operación cartográfica orienta la lectura de los textos hacia la identificación de políticas en acto: prácticas situadas mediante las cuales los territorios y sus actores colectivos reconfiguran la determinación social de la salud y disputan sentidos, saberes y decisiones frente a las lógicas neoliberales y coloniales que atraviesan las políticas sanitarias contemporáneas.

EJES ANALÍTICOS PROPUESTOS:

1. PROCESOS NOCIVOS DEL NEOLIBERALISMO Y MEDICALIZACIÓN: CRÍTICA A LA MERCANTILIZACIÓN Y CRISIS CIVILIZATORIA.

Los trabajos construyen una crítica profunda al neoliberalismo como proceso nocivo histórico que mercantiliza la vida y medicaliza lo social, transformando problemas colectivos en riesgos individuales dentro de una crisis civilizatoria más amplia (Laurell, 1982; Breilh, 2023). Este eje revela cómo la contención de costos, la subjetivación individualizante y la colonialidad del poder se encarnan en contextos específicos.

Rosa Julia Chiro y Muñoz (2024) profundiza en la gerontogubernamentalidad foucaultiana y la economía de la vitalidad, cuestionando la individualización neoliberal del envejecimiento como “costo” contenible y proponiendo agendas

integrales de dignidad y prevención comunitaria. Leila Passerino critica la tecnocracia en cáncer de mama como control biopolítico del cuerpo femenino, sugiriendo espacios colectivos de contención territorial.

Emmanuel Tovar denuncia que el neoliberalismo, como proyecto civilizatorio, fragmenta institucionalmente la salud pública, persiste en el modelo biomédico y subordina la salud a lógicas de mercado, incluso en marcos constitucionales progresistas; critica la medicalización como conversión de procesos sociales en problemas individuales que favorecen el complejo médico-industrial (Testa, 1993).

Alexis Soto Salcedo (2024) articula soberanía juvenil contra el biocapitalismo, rechazando la medicalización cotidiana. Josué Medina Fernández (2024) aborda el envejecimiento laboral como expresión de la desprotección social y la precarización, proponiendo mecanismos colectivos de cuidado ocupacional. Resonando con Breilh (2023), este eje conceptualiza lo neoliberal como proceso nocivo estructurante dentro de la crisis civilizatoria, abriendo hacia modelos holísticos que priorizan lo colectivo y la resistencia popular.

2. INTERCULTURALIDAD COMO *PRAXIS* DECOLONIAL Y RESTITUCIÓN DEL DIÁLOGO DE SABERES

La interculturalidad se conceptualiza como resistencia histórica al racismo estructural y colonialidad del saber y del poder, integrando cosmovisiones indígenas y restituyendo relaciones asimétricas en sistemas de salud como *praxis* decolonial (Breilh, 2023; Basile & Feo-Istúriz, 2021). Este eje destaca la exclusión histórica como proceso nocivo y el diálogo de saberes como respuesta protectora colectiva.

Karin Casasola propone políticas interculturales para pueblos indígenas en Guatemala, respaldadas por evidencia de brechas sociosanitarias (tasas duplicadas de desnutrición crónica y

mortalidad materna en indígenas vs. no indígenas), criticando la exclusión en reformas sectoriales y sugiriendo mecanismos como vigilancia comunitaria, testimonios de terapeutas indígenas y alfabetización en derechos humanos alineados con el Convenio 169 de la OIT.

Rosa Julia Chiroy Muñoz (2024) incorpora etnia, clase social y contexto cultural en políticas de cuidado para personas mayores, enfatizando que las agendas deben considerar cosmovisiones diversas. José Aurelio Díaz Quiñones (2024) integra espiritualidad, ancestralidad y “buen vivir” en su propuesta para adultos mayores en Cuba, señalando que las políticas deben ser “alejadas de agendas externas descontextualizadas”.

En resonancia con Breilh (2023) y Basile & Feo-Istúriz (2021), este eje construye la interculturalidad no como aditivo tolerante, sino como *praxis* decolonial de restitución comunitaria e histórica, demandando participación real que haga visible lo invisibilizado y restituya el tejido social roto por la colonialidad del poder y del saber.

3. CUIDADO COMO TRABAJO VIVO COLECTIVO Y REPRODUCCIÓN SOCIAL EN VULNERABILIDADES INTERSECCIONALES

El cuidado emerge como eje transformador, conceptualizado como trabajo vivo relacional y reproducción social históricamente devaluada por la feminización, que aborda intersecciones de género, migración, conflicto armado y envejecimiento poblacional dentro de la crisis civilizatoria (Merhy, 2023; Laurell, 1982; Basile & Feo-Istúriz, 2021).

Cielo Rebeca Martínez Reyes propone cuidado integral construido para mujeres en Colombia afectadas por conflicto armado y migración venezolana, destacando violencias sistemáticas (50.2% de víctimas del conflicto son mujeres) e incorporando enfoques de empoderamiento transcultural comunitario.

Rosa Julia Chiroy Muñoz (2024) critica la medicalización neoliberal y sobrecarga no remunerada en cuidado de mayores,

proponiendo agendas integrales que vinculen envejecimiento con infancia, mujeres cuidadoras y comunidades, enfatizando dignidad, autonomía y prevención colectiva.

Ana Laura Carrillo Cervantes analiza el precariado enfermero como expresión de crisis civilizatoria, proponiendo consejos consultivos para soberanía del conocimiento. Josué Medina Fernández (2024) aborda la doble carga laboral de las mujeres mayores (6.4% en vulnerabilidad extrema). Estas propuestas refuerzan la idea de que el cuidado no es un servicio técnico, sino un proceso político y relacional que prioriza justicia social sobre modelos fragmentados.

5. SOBERANÍA SANITARIA COMO RECONSTRUCCIÓN DEL PODER POPULAR Y REAPROPIACIÓN COLECTIVA

La soberanía sanitaria se conceptualiza como autonomía popular y reconstrucción del poder popular para decidir sobre recursos, saberes y tecnologías, mediante mecanismos vinculantes y re-apropiación comunitaria frente a la colonialidad del poder (Breilh, 2023; Basile & Feo-Istúriz, 2021).

Emmanuel Tovar concibe la soberanía sanitaria como acto político de descolonización, orientado a la reconstrucción del poder popular y reapropiación colectiva de decisiones sobre vida, cuerpo y territorio, superando participación subordinada y clientelista.

Erwin Hernández Rincón propone soberanía tecnológica en telesalud con plataformas públicas, seguras y culturalmente adaptadas. Incluyendo cabildos territoriales y observatorios ciudadanos. Josué Medina Fernández plantea fondos comunitarios de salud laboral financiados progresivamente, con consejos locales y auditorías participativas. Alexis Soto Salcedo integra dispositivos de consulta, presupuestos participativos y apps juveniles para co-construcción. Karin Casasola sugiere comisiones nacionales indígenas con toma de decisiones vinculante y veedurías ciudadanas.

Este eje construye la soberanía como proceso protector concreto: consejos, observatorios y control social que desafían privatización, agendas externas y colonialidad, fortaleciendo democracia participativa y poder popular.

NÚCLEOS TEMÁTICOS EMERGENTES:

Estos núcleos surgen empíricamente de la lectura de los textos, representando densidades de preocupación territorial que, de forma significativa, cruzan y tensionan los ejes analíticos. Este cruce no es incidental: revela que las problemáticas concretas, como el envejecimiento, la interculturalidad o el cuidado, no se encierran en categorías teóricas estancas, sino que exigen una mirada compleja, interseccional y situada.

Es precisamente en estos puntos de intersección donde la *praxis* territorial enriquece, matiza y desborda los marcos teóricos, validando la salud colectiva como un campo vivo de producción colectiva de conocimiento. A diferencia de los ejes, que funcionan como marcos interpretativos, estos núcleos son descriptivos, emergentes de la *praxis* y libres de estructuras autoralmente impuestas, mostrando así la vitalidad concreta de los temas recurrentes en los territorios.

- 1. Envejecimiento poblacional y cuidado de personas mayores** (el más fuerte y transversal): Emerge como proceso histórico de vulnerabilidad interseccional. Ejemplos: Rosa Julia Chiroy Muñoz (agendas integrales para vejez); Josué Medina Fernández (fondos soberanos para envejecimiento laboral); José Aurelio Díaz Quiñones (espiritualidad y “buen vivir” en vejez); Emmanuel Tovar (crítica al asistencialismo y apuesta por cuidado colectivo). Cruza ejes 1, 3 y 4.
- 2. Interculturalidad y derechos indígenas:** Enfocado en exclusión étnica y diálogo de saberes como resistencia. Ejemplos: Karin Casasola (políticas interculturales para pueblos

indígenas); Rosa Julia Chiroy Muñoz (etnia en cuidado de mayores). Cruza ejes 2 y 3.

3. Género, conflicto armado y migración como vulnerabilidades interseccionales: Aborda violencias sistemáticas y cuidado históricamente devaluado. Ejemplos: Cielo Rebeca Martínez Reyes (cuidado para mujeres en conflicto y migración); Ana Laura Carrillo Cervantes (precariado enfermero como expresión de feminización). Cruza ejes 3 y 1.

4. Juventud y salud mental: Critica biocapitalismo y propone participación soberana. Ejemplo: Alexis Soto Salcedo (política integral para jóvenes). Cruza ejes 1 y 4.

5. Precarización laboral en salud y tecnología soberana (en ejes 3 y 4): Enfocado en precariado y re-apropiación. Ejemplos: Ana Laura Carrillo Cervantes (precariado enfermero); Erwin Hernández Rincón (soberanía tecnológica en telesalud). Cruza ejes 3 y 4.

PARTE III: DIÁLOGOS, TENSIONES Y SÍNTESIS CRÍTICA – HACIA UNA LECTURA INTEGRADORA DESDE LA SALUD COLECTIVA

El análisis cartográfico no se agota en la identificación de ejes analíticos y núcleos temáticos emergentes. Su potencia radica en habilitar un encuentro vivo entre teoría crítica y *praxis* situada, no como momentos separados, sino como polos de una misma tensión histórica. Este diálogo no busca armonizar saberes en una síntesis predeterminada, ni subordinar la experiencia a la teoría, ni viceversa. Por el contrario, asume que todo acto de conocimiento es político, atravesado por relaciones de poder, trayectorias históricas y afectos colectivos.

Desde esta perspectiva, el ejercicio de lectura se convierte en un proceso de co-investigación: se trata de escuchar cómo los marcos teóricos, con su rigor ético, su capacidad diagnóstica y su proyección transformadora, resuenan, se transforman o se quiebran en el

contacto con las preocupaciones, luchas y propuestas que emergen desde los territorios. Al mismo tiempo, se trata de reconocer cómo esas *praxis* situadas, lejos de ser meras “aplicaciones”, interrogan, tensionan y enriquecen los propios marcos teóricos, desbordando sus límites y abriendo nuevas preguntas.

En este entramado dialéctico, el análisis detecta tres movimientos analíticamente distintos, aunque inseparables en la práctica: convergencias transformadoras, donde teoría y *praxis* se potencian mutuamente; tensiones productivas, donde persistencias, ambivalencias y contradicciones revelan la profundidad de los procesos de dominación y la complejidad de su superación; y vacíos fecundos, que no señalan ausencias, sino horizontes abiertos para el pensamiento colectivo y la acción política futura.

Estos tres movimientos no se presentan como categorías fijas, sino como flujos en constante interacción, que dan cuenta de la vitalidad y complejidad de la salud colectiva como campo en disputa.

CONVERGENCIAS TRANSFORMADORAS: TEORÍA Y PRAXIS EN RESONANCIA CRÍTICA

Una primera serie de hallazgos apunta a **convergencias potentes y transformadoras**, donde los marcos críticos encuentran en la *praxis* situada su encarnación concreta, y viceversa:

- **La crítica al causalismo positivista y al lenguaje tecnocrático** (Gómez, 2024) se traduce en múltiples propuestas que rechazan las categorías biomédicas neutralizadoras. Rosa Julia Chiroy Muñoz abandona el enfoque del “riesgo” en el envejecimiento; Cielo Rebeca Martínez Reyes rechaza la patologización de la violencia contra las mujeres; Emmanuel Tovar denuncia la persistencia del “biocapitalismo” incluso en contextos progresistas. En todos los casos, se asume la salud como proceso social, no como agregado de variables.

- **La micropolítica del trabajo vivo** (Franco, 2024) se materializa en propuestas que valoran el cuidado relacional, la participación protagónica y la creatividad colectiva. Karin Casasola exige que las comadronas indígenas no solo sean “incluidas”, sino que recuperen su rol decisorio; Erwin Hernández Rincón propone cabildos territoriales para diseñar telesalud; Ana Laura Carrillo Cervantes plantea consejos consultivos para formar enfermeras con soberanía del conocimiento. En todos ellos, el cuidado no es un servicio técnico, sino un acto político y colectivo.
- **La soberanía sanitaria como inversión social soberana** (De Negri, 2025) se concreta en mecanismos que desafían la subordinación clientelista y la fragmentación neoliberal. Josué Medina Fernández propone fondos comunitarios de salud laboral; Emmanuel Tovar llama a la reconstrucción del poder popular en salud; Alexis Soto Salcedo articula dispositivos juveniles de soberanía. Estas propuestas van más allá de la “accesibilidad”: apuntan a la reapropiación colectiva de la decisión sobre la vida.

Estas convergencias no son meras aplicaciones de teoría, sino síntesis creativas en las que la *praxis* tensiona y enriquece los marcos, mientras estos iluminan las potencialidades emancipadoras de las experiencias concretas.

TENSIONES PRODUCTIVAS: PERSISTENCIAS, AMBIVALENCIAS Y DESAFÍOS

Sin embargo, el análisis también revela **tensiones productivas** que ponen en evidencia los límites y ambivalencias del proceso formativo y de los contextos en los que se inscribe:

- **Persistencia del lenguaje biomédico y causalista:** A pesar de la crítica teórica, varios textos reproducen categorías como

“factores de riesgo”, “población vulnerable” o “intervenciones focalizadas”, lo que evidencia la potencia de la captura epistémica neoliberal. Este fenómeno no debe leerse como “falta de formación”, sino como expresión de la profundidad histórica de la colonialidad del saber, que requiere procesos sostenidos de desaprendizaje colectivo.

- **Clientelismo en marcos progresistas:** Algunas propuestas, aunque proyectadas desde una crítica al neoliberalismo, reproducen lógicas asistencialistas donde la comunidad “recibe” beneficios en lugar de decidir. Emmanuel Tovar denuncia este “síndrome de Estocolmo social”, donde se agradece un sistema que, aun bajo retórica revolucionaria, mantiene relaciones de poder asimétricas.

- **Feminización del cuidado sin reconocimiento político:** Si bien se reconoce la sobrecarga no remunerada de las mujeres (Chiroy, Carrillo, Medina), pocas propuestas avanzan hacia su valorización política y económica concreta (salarios del cuidado, redistribución del trabajo, reconocimiento estatutario). Esto revela el desafío de pasar de la crítica a la transformación material de las relaciones de género y reproducción social.

Estas tensiones no invalidan las propuestas, sino que las sitúan en su complejidad histórica y política, abriendo caminos para procesos formativos más profundos.

VACÍOS ANALÍTICOS: HORIZONTES PARA EL PENSAMIENTO COLECTIVO

Finalmente, el análisis identifica **vacíos fecundos** que señalan horizontes para futuras exploraciones:

- **La dimensión espiritual y cosmovisional no indígena:** Salvo el aporte de José Aurelio Díaz Quiñones (Cuba), que

integra espiritualidad y “buen vivir”, y la mención de elementos simbólicos en Karin Casasola, la mayoría de los textos no aborda cómo las dimensiones espirituales, rituales o afectivas configuran la experiencia de salud-enfermedad-cuidado. Este vacío podría responder a un residuo del secularismo crítico, que teme asociarse con lo “irracional”, pero que limita la comprensión de la vida en su plenitud.

- **La clase trabajadora urbana y Trabajo precario fuera del sector salud:** Mientras se aborda el precariado en salud (Carrillo) y el envejecimiento laboral (Medina), hay poca reflexión sobre las condiciones de salud de la clase trabajadora urbana informal, los trabajadores de plataformas digitales, los recicladores, los vendedores ambulantes o los trabajadores de la construcción. Estos sectores, aunque no pertenecen al sistema de salud, constituyen ejes fundamentales de la determinación social de la salud, dada su exposición a riesgos físicos, psicosociales y de exclusión social.

- **La ecología política y la crisis socioambiental:** Aunque se menciona el territorio, pocos textos vinculan explícitamente la salud con la destrucción socioambiental, la contaminación, la pérdida de biodiversidad o los conflictos por el agua y la tierra. En un contexto de aceleración de la crisis ecológica, este vacío reclama ser abordado como parte de la determinación social ampliada.

Estos vacíos no son fallas, sino invitaciones al pensamiento colectivo, que refuerzan la idea de que la salud colectiva es un campo en construcción permanente.

CIERRE: HACIA UNA ECOLOGÍA DE SABERES Y UNA PEDAGOGÍA DE LA SOBERANÍA SANITARIA

El análisis realizado en este capítulo reafirma que las políticas públicas en salud no son ejercicios técnicos neutrales, sino procesos

históricos atravesados por determinaciones sociales dialécticas. Los marcos críticos aportados por Armando de Negri (2025), Rubén Darío Gómez (2024) y Tulio Franco (2024) ofrecieron herramientas rigurosas para diagnosticar una totalidad herida por procesos nocivos neoliberales: la mercantilización de la vida, la desasistencia programada, el causalismo tecnocrático y la captura de subjetividades por lógicas asistencialistas y biopolíticas.

Simultáneamente, las elaboraciones situadas de investigadores e investigadoras en América Latina y el Caribe encarnaron estas determinaciones en territorios concretos, construyendo conceptualizaciones propias a través de cuatro ejes fundamentales:

- (1) **La crítica a los procesos nocivos del neoliberalismo y la medicalización**, entendidos como expresiones de una crisis civilizatoria que convierte la vida en mercancía;
- (2) **La interculturalidad como praxis decolonial**, que restituye el diálogo de saberes y desmonta relaciones asimétricas de poder;
- (3) **El cuidado como trabajo vivo colectivo**, que reconoce la reproducción social históricamente devaluada y propone agendas integrales en contextos de vulnerabilidades interseccionales;
- y (4) **La soberanía sanitaria como reconstrucción del poder popular**, que articula mecanismos de reapropiación colectiva, fondos comunitarios, plataformas públicas, comisiones indígenas, dispositivos juveniles, para decidir sobre la vida, el cuerpo y el territorio.

Estos ejes se entrelazan con núcleos temáticos emergentes que revelan la vitalidad de la resistencia: el envejecimiento poblacional como vulnerabilidad interseccional; la interculturalidad como restitución histórica; el género, el conflicto armado y la migración como campos de violencia sistemática; la juventud como sujeto político en

disputa con el biocapitalismo; y la precarización laboral junto a la soberanía tecnológica como frentes contemporáneos de lucha.

El diálogo dialéctico entre teoría crítica y *praxis* situada generó convergencias potentes, como la re-significación del cuidado o la crítica al “factor de riesgo”, tensiones productivas, como el uso persistente de lenguaje biomédico o el clientelismo en modelos progresistas, y vacíos fecundos, como la dimensión espiritual, la ecología política o la clase trabajadora urbana, que abren horizontes para futuras investigaciones y políticas emancipadoras.

El aprendizaje epistemológico central es claro: una política pública desde la salud colectiva latinoamericana solo es posible cuando se abandona el lenguaje fragmentado de los “determinantes sociales”, heredado de la OMS y el Banco Mundial, y se abraza una comprensión de la salud como proceso político, colectivo, histórico, cultural, socioambiental y territorial. La salud pública hegemónica reduce la vida a variables aisladas, invisibilizando las relaciones de poder, la historicidad y la capacidad de los pueblos para producir cuidado en comunidad.

La formación crítica en salud, entendida no como transmisión de técnicas sino como proceso protector de solidaridad epistémica, se revela como un espacio donde investigadores, comunidades y movimientos sociales fortalecen su autonomía para reconstruir el poder popular y disputar la soberanía sanitaria.

Así, este capítulo no solo sintetiza un ejercicio colectivo de pensamiento situado, sino que contribuye a la construcción de una ecología de saberes solidaria, en el sentido propuesto por Boaventura de Sousa Santos (2010), donde la traducción intercultural entre teoría y *praxis* transformadora impulsa una salud de los pueblos soberana, intercultural y emancipadora: una salud que no gestiona enfermedades, sino que cuida la vida en comunidad.

REFERENCIAS

- Arco, C. O. de, Puenayan, P. Y., & Vaca, M. L. (2019). *Modelo de promoción de la salud en el lugar de trabajo: Una propuesta. Avances en Enfermería*, 37(2), 227-236. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73145>
- Basile, Gonzalo, & Feo-Istúriz, Oscar. (2022). *Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2), e08. Epub May 30, 2023. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879>
- Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana* (M. C. Breilh Ayora, Trad.). Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Carrillo Cervantes, A. L. (2024). *Formación de profesionales de enfermería: áreas de oportunidad en la política pública de educación superior en México* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Casasola, K. (2024). *Política de Salud Intercultural de los Pueblos Indígenas* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Chapela, M. (2008). *Promoción de la salud: Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163
- Chiroy Muñoz, R. J. (2024). *Políticas públicas, el cuidado y las personas mayores* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- De Negri, A. (2025, septiembre 27). *Las políticas públicas en salud como inversión social soberana y no como gasto compensatorio* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/z29eYzTzoQI>

- Díaz Quiñones, J. A. (2024). *Envejecimiento poblacional en Cuba: propuesta conceptual para una Política Pública en Salud con enfoque de Salud Colectiva y sus implicaciones en la formación universitaria* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Forrisi, F. (2022). *Enfermería y diversidad sexual: Un enfoque desde la teoría transcultural de Madeleine Leininger*. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 17(2), e2022v17n2a13. <https://doi.org/10.33517/rue.2022v17n2a13>
- Franco, T. (2024, octubre 15). *Micropolítica del trabajo vivo en salud: la cartografía como método de investigación-acción y resistencia al neoliberalismo* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/rMbcnEOUo5c>
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). *Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo*. *Salud Colectiva*, 5(2), 181–194. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111763003>
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). *Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde*. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151–163. <https://doi.org/10.1590/S1981-47742012000200012>
- Gómez, R. D. (2024, octubre 15). *Determinación social de la salud: ruptura epistemológica y ética en las políticas públicas* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/CbQmkfXsn4E>
- Hernández Rincón, E. H. (2024). *Análisis de la Política de Telesalud en Colombia desde la Salud Colectiva* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Laurell, A. C. (1982). *La salud-enfermedad como proceso social* (Cuadernos Médico Sociales, 19). *Revista Cuadernos Médico Sociales*. Recuperado de <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- Martínez Reyes, C. R. (2024). *Co-construcción de una política pública para el cuidado integral de las mujeres desde el territorio* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.

- Medina Fernández, I. A. (2024). *Vulnerabilidad al suicidio en la vejez rural: reflexiones para una política pública intercultural* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Medina Fernández, J. A. (2024). *Análisis crítico y propuesta conceptual para una política pública en salud para el envejecimiento laboral en México desde el enfoque de la salud colectiva* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Merhy, E. E. (Org.). (2023). *Micropolítica del trabajo en salud: Teoría, métodos y aplicaciones* (Serie Salud & Centroamérica, vol. 3). Editora Rede Unida; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; UNICA. <https://doi.org/10.18310/9786554620543>
- Passerino, L. M. (2024). *Análisis crítico y propuesta conceptual para una Política Pública en Salud con enfoque en Salud Colectiva. El caso del Programa Nacional de Cáncer de Mama en Argentina* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografía sentimental*. Editora da UFRGS.
- Santos, B. de Sousa (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce-Extensión Universitaria, Universidad de la República.
- Soto Salcedo, A. (2024). *Propuesta de Política Pública Integral en Salud de Jóvenes Chilenos* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.
- Testa, M. (1993). *Pensar en salud* (Colección Salud Colectiva). Lugar Editorial.
- Tovar, E. (2024). *Ensayo crítico: La salud pública en Venezuela* [Manuscrito no publicado]. Estancia Postdoctoral en Salud Colectiva.

Yera-Sánchez, A., García-Núñez, R., Blanco-Fleites, Y., & Cambil-Martín, J. (2024). *Teorías y modelos de Nola Pender y Patricia Benner: su conexión con la prevención del cáncer de piel*. *Medisur*, 22(4), artículo e45223. <https://doi.org/10.25100/medisur.v22i4.45223>



Juan Vicente III Quintana Adrián

<https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>

Ingeniero Químico, Doctor en Ciencias Gerenciales, Especialista en Gestión en Salud Pública y Posdoctor en Salud Colectiva. Con más de 15 años de experiencia en docencia universitaria, investigación y gestión académica, ha ocupado cargos estratégicos como Director Nacional de Tecnología

Educativa en la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, Coordinador Nacional del Programa de Maestría en Salud Colectiva y Director de Interacción Social. Miembro del Comité de Ética ante la COVID-19 del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Coordinador de la Escuela de Nueva Ciudadanía para la Formación del Poder Popular en Salud (2009-2012), combina un sólido dominio técnico con una clara vocación política. Su trabajo se centra en la articulación entre epistemologías del Sur, soberanía sanitaria y políticas públicas desde la Salud Colectiva, con una amplia producción intelectual en temas de determinación e injusticias socioambientales, extractivismos y derechos a la salud. Destaca por su capacidad para diseñar programas nacionales de formación a distancia, liderar procesos de participación comunitaria y traducir pensamiento crítico en acciones concretas de transformación social.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS). Posdoctor en Antropología Social (BUAP). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud

Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.

PROPUESTA DE LA “TEORÍA DE LA COLECTIVIZACIÓN DEL CUIDADO” EN LA NUEVA ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA

Josué Arturo Medina Fernández

Isaí Arturo Medina Fernández

Donovan Casas Patiño

Alejandra Rodríguez Torres

RESUMEN

La salud y el cuidado no son responsabilidades individuales; surgen de las relaciones, los vínculos comunitarios y las condiciones sociales que rodean la vida cotidiana. La enfermería contemporánea se enfrenta al desafío de repensar su rol en un mundo de crecientes desigualdades, complejidad social y necesidad de prácticas más humanas y participativas. La propuesta de la Teoría de la colectivización del cuidado propone comprender el cuidado como una construcción social, ética y relacional, donde familias, comunidades, instituciones y profesionales comparten la corresponsabilidad del bienestar colectivo. Se realizó un proceso de construcción teórica basado en el análisis de literatura sobre cuidado comunitario, determinantes sociales, redes de apoyo e intersectorialidad, complementada con análisis crítico de prácticas actuales. A partir de esta integración conceptual se definieron los conceptos centrales: determinación social del cuidado, intersectorialidad, cuidado colectivo, redes comunitario de cuidado y enfermería como agente articulador. Finalmente se elaboró una articulación teórica que ilustra las relaciones dinámicas entre estos conceptos y se formularon proposiciones que orientan la acción profesional. El cuidado colectivo se sostiene mediante redes, vínculos y corresponsabilidad social. Los territorios y las estructuras comunitarias moldean la organización de las prácticas, mientras que la enfermería actúa como facilitadora y articuladora, integrando

saberes locales y científicos, dinamizando la participación y fortaleciendo la cooperación intersectorial. La colectivización del cuidado transforma la visión de la enfermería, pasando de la atención individual a la construcción compartida de bienestar. Este enfoque humaniza la práctica profesional, reconoce la experiencia comunitaria y ofrece herramientas para fortalecer la salud colectiva en contextos complejos y vulnerables.

Palabras clave: cuidado de enfermería; participación comunitaria; determinantes sociales de la salud; intersectorialidad; redes sociales.

INTRODUCCIÓN

¿Qué transformaciones serían posibles si el cuidado dejara de concebirse como una tarea individual para entenderse como una construcción colectiva capaz de sostener la salud y vida en comunidad? Esta pregunta nos invita a repensar el papel de la enfermería en un mundo marcado por profundas desigualdades sociales, creciente complejidad en los procesos de salud-enfermedad y una demanda creciente de prácticas más humanas, sensibles y participativas.

La enfermería contemporánea vive un momento de transformación que invita a comprender la salud como un fenómeno social y relacional. Tal como señala Krieger: la salud se produce en la interacción constante entre personas, estructuras y territorios, lo que implica que el bienestar no depende únicamente de acciones individuales, sino de la fuerza de los vínculos comunitarios (Krieger, 2011).

Dicha postura coincide con los planteamientos de la salud colectiva latinoamericana, que entiende como un proceso de salud donde interacciona lo histórico, político y cultural (Casallas Murillo, 2017). Desde esta visión, el cuidado se enmarca en la determinación social de la salud y las dinámicas colectivas que moldean la vida de las personas.

No obstante, la enfermería tiene como objetivo el cuidado de la salud, donde al hacer referencia a la epistemología de la enfermería esta basado en los metaparadigmas que son persona, salud, entorno y enfermería, estas orientan, dan identidad y coherencia a la disciplina. Derivado de esto la enfermería cuida a la persona en procesos de salud y enfermedad en el individuo y comunidad desde una mirada integral, es decir desde los aspectos biológicos, psicológicos, espiritual y social.

Este último aspecto lamentablemente a veces no se prioriza, ni tampoco se le presta demasiada atención en el cuidado de la salud. El cuidado social desde enfermería es una práctica ética, una relación que va más allá, es colectiva, y entiende que la salud se forma en el día a día, en los lazos que creamos, en las circunstancias de la sociedad y en la ayuda que damos a personas y comunidades. Acompañar, escuchar, y actuar codo con codo con personas y grupos, no es solo para curar dolencias, si no para mejorar habilidades, impulsar la participación y ayudar a cambiar las condiciones que afectan al bienestar, pensando que el cuidado es una tarea que se comparte y que se construye entre todos.

En este contexto surge la propuesta de la Teoría de la colectivización del cuidado, que pudiera posicionar a la enfermería como una ciencia que acompaña y fortalece procesos comunitarios y diversos entornos. Esta teoría se sustenta en la idea de que el cuidado se co-construye entre quienes integran una comunidad. Ayres sostiene que el cuidado se produce en el encuentro dialógico entre sujetos que interpretan su realidad de forma conjunta. Esta interacción permite decisiones compartidas respecto a la salud, por lo que, desde esta perspectiva, la enfermería no solo brinda atención procedimental, sino que facilita relaciones y redes que sostienen el bienestar colectivo (Ayres, 2004).

La colectivización del cuidado también permite reconocer el valor de los saberes comunitarios, Menéndez explica que las prácticas populares y los conocimientos locales han sido históricamente relegados por modelos biomédicos verticales pese a

constituir elementos esenciales para comprender los procesos de salud-enfermedad. La nueva enfermería en salud colectiva integraría estos saberes con el conocimiento científico, generando intervenciones culturalmente sensibles y conectadas con la experiencia cotidiana de las personas, lo que permitirá que el cuidado sea más humano, más cercano y efectivo (Menéndez, 2025).

Aunado a esto, la teoría plantea que la enfermería debe promover procesos participativos donde la comunidad dialogue, analice sus problemas y construya soluciones colectivas. Esta idea encuentra sustento en la pedagogía crítica de Freire, quien plantea que las transformaciones emergen de relaciones horizontales donde los sujetos dialogan, cuestionan y actúan sobre su realidad. En este marco, la enfermería se convierte en facilitadora de procesos democráticos de cuidado, fomentando espacios de escucha, colaboración y construcción conjunta (Javier, 2008).

Otro elemento de esta teoría es la intervención en los entornos que influyen en la salud, lo cual demuestra que las desigualdades estructurales, precarización del trabajo, violencia, deterioro ambiental y ausencia de redes de apoyo, factores que afectan de manera directa la vida cotidiana. Waldow señala que el cuidado humano requiere una comprensión amplia de las condiciones que rodean a las personas, y que la enfermería debe ampliar su acción hacia la transformación de entornos (Waldow, 2014).

Desde esta mirada, la colectivización implica no solo compartir cuidados, sino también fortalecer estructuras que generen bienestar común. Por otra parte, la dimensión emocional y vincular del cuidado adquiere un papel central dentro de esta teoría, ya que las comunidades enfrentan pérdidas, crisis, incertidumbres y tensiones sociales que influyen en su salud mental y física. La enfermería, al promover espacios de contención, escucha y acompañamiento, contribuye a reconstruir el tejido social y a sostener la resiliencia colectiva, lo cual coincide con la noción del cuidado como un acto relacional y ético donde la sensibilidad ante la historia y el sufrimiento compartido juega un papel relevante (Waldow, 2014)

Finalmente, la Teoría de la colectivización del cuidado implica repensar la formación profesional para que el cuidado comunitario en enfermería integre metodologías participativas, trabajo comunitario, análisis crítico de los determinantes sociales y experiencias de inmersión territorial, convirtiendo a la comunidad en un espacio vivo de aprendizaje donde el conocimiento se construye en diálogo con las personas y sus experiencias.

Del mismo modo, Casallas destaca que la formación en salud colectiva requiere sensibilidad social, análisis estructural y compromiso ético, elementos que esta teoría retoma para proyectar una nueva enfermería (Casallas Murillo, 2017).

La colectivización del cuidado invita a transitar hacia una visión donde el bienestar es responsabilidad compartida y el cuidado se teje a través de relaciones sociales fuertes, solidarias y sensibles, de modo que la enfermería amplía su labor más allá del plano clínico y se convierte en una profesión que acompaña procesos comunitarios, reconoce la experiencia de la gente y articula saberes diversos para sostener la salud colectiva. Así, la nueva enfermería en salud colectiva se perfilaría como una propuesta ética, humana y social que responde a las necesidades de un mundo en transformación

METODOLOGÍA

La propuesta de la teoría se desarrolló siguiendo la metodología utilizada para la construcción de teorías, integrada por cuatro etapas: (I) el enfoque de construcción teórica, (II) la definición de conceptos principales, (III) la articulación teórica y la (IV) la generación de proposiciones.

ENFOQUE DE LA CONSTRUCCIÓN TEÓRICA

El punto de partida consistió en analizar críticamente las transformaciones socioculturales, ecológicas y comunitarias que configuran los procesos actuales de la salud colectiva.

Para ello se llevó una revisión de literatura relacionada con teorías del cuidado comunitario, enfermería en salud pública, ecología humana, determinantes sociales, trabajo intersectorial, redes de apoyo y prácticas colaborativas de salud, lo que permitió identificar brechas, tensiones y oportunidades emergentes en el ámbito de la enfermería.

A partir de este análisis se estableció la necesidad de formular un cuerpo teórico que explicara cómo el cuidado se construye, circula y se sostiene socialmente, y cuál es el papel transformador de la nueva enfermería en ese proceso.

CONSTRUCCIÓN DE LOS CONCEPTOS PRINCIPALES

Con base en la revisión conceptual, se definieron los conceptos centrales de la teoría como lo es determinación social del cuidado, intersectorialidad, cuidado colectivo, redes comunitarias de cuidado y enfermería como agente articulador. Cada concepto fue delimitado por medio de categorías derivadas tanto de la literatura como del análisis crítico de prácticas actuales, permitiendo identificar sus atributos esenciales y sus manifestaciones en la vida social. La teoría incorpora principios de la ecología humana y la salud colectiva. Integrando la comprensión de cómo los vínculos, los territorios, las estructuras sociales y la organización comunitaria moldean la experiencia del cuidado. La finalidad fue establecer un marco conceptual claro, codificable y útil para fundamentar una propuesta transformadora para la profesión, en la que la enfermería actúe como agente articulador de procesos colectivos de bienestar y salud.

CONSTRUCCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEÓRICA

Para favorecer la comprensión y el uso del modelo se elaboró una articulación teórica (diagrama pictórico) que ilustra las relaciones dinámicas entre los conceptos centrales. Esta articulación teórica se

diseñó a partir de los hallazgos conceptuales, el análisis interdisciplinario y la experiencia de los investigadores en escenarios de salud colectiva. El diagrama organiza las conexiones entre los componentes del cuidado colectivo y muestra cómo la nueva enfermería opera como puente con los actores comunitarios, permitiendo identificar los flujos de cuidado, las interacciones decisivas y los mecanismos que sostienen la colectivización del cuidado.

CONSTRUCCIÓN DE PROPOSICIONES

A partir del razonamiento teórico y la articulación conceptual, se formularon proposiciones que explican las relaciones entre los conceptos fundamentales. Estas proposiciones describen, explican y orientan la práctica profesional y de investigación, al plantear cómo los conceptos se relacionan y actúan entre sí; y cómo la nueva enfermería en salud colectiva actúa como mediadora, dinamizadora y articuladora de los procesos de bienestar compartido, por lo que, dichas proposiciones ofrecen rutas teóricas que permiten comprender y transformar la práctica.

RESULTADOS

ENFOQUE DE LA CONSTRUCCIÓN TEÓRICA

La revisión teórica permitió reconocer diversas corrientes que han abordado el cuidado desde perspectivas sociales, culturales y comunitarias, entre ellas se presenta la teoría del cuidado comunitario (Zibecchi, 2014), el cual ofrece una comprensión del cuidado como una práctica profundamente cultural y relacional, situada en la vida diaria de las comunidades y en sus modos de organización. En esta misma línea, el Modelo de Determinación Social de la Salud en América Latina (Breilh, 2013) contribuyó a comprender que el cuidado no puede concebirse únicamente como

un acto individual, sino como el resultado de estructuras socioeconómicas, relaciones de poder, trayectorias laborales y condiciones históricas que moldean la experiencia de salud. Complementariamente, la perspectiva de cuidado ampliado (Ayres, 2004) propuesta desde la salud colectiva brasileña planteó el cuidado como un proceso ético-político, dialógico y coproducido, en el que las personas, los profesionales y los territorios participan de manera interdependiente.

Desde el campo de la ecología humana y los enfoques socioecológicos, el modelo ecológico (Urie, 2005) permitió examinar cómo los niveles sociales (micro, meso, exo y macro) influyen en las prácticas de cuidado y en las posibilidades de acción de las personas y los colectivos. A esto se sumaron los aportes de la ecología política de la salud (Hincapié Jiménez, 2024; Stillwaggon, 2005), que ayudaron a visibilizar la forma en que las dinámicas territoriales, las condiciones ambientales y las desigualdades ecológicas estructuran los modos de cuidar dentro de las comunidades. Asimismo, las contribuciones clásicas en ecología humana (Bateson, 1976) permitieron integrar una visión de relacionalidad y sostenibilidad, enfatizando la interdependencia entre seres humanos, ambiente y sistemas sociales.

Respecto a los determinantes sociales de la salud, el marco conceptual de la OMS (Solar & Irwin, 2010) permitió reconocer que factores como educación, empleo, vivienda, recursos materiales y condiciones ambientales influyen directamente en la organización cotidiana del cuidado. A su vez, las aportaciones desde la ecosocial theory mostraron cómo los procesos biológicos, ecológicos y sociopolíticos interactúan para producir desigualdades en salud, lo que refuerza la necesidad de comprender el cuidado como fenómeno situado en contextos de justicia social (Krieger, 2011).

También, las investigaciones en salud pública (Manuel, 2024; Santacruz-Varela et al., 2024; Velasco Domínguez, 2024) evidencian que los sistemas de cuidado se fortalecen significativamente cuando convergen actores de salud, educación, servicios sociales y

organizaciones comunitarias. Complementariamente, la literatura sobre coproducción de servicios públicos (Bovaird & Loeffler, 2012) aportó elementos conceptuales para comprender la participación comunitaria como un acto de co-creación del cuidado, donde los ciudadanos dejan de ser receptores para convertirse en corresponsables activos.

Por otro lado, las teorías de redes sociales y apoyo comunitario (Berkman et al., 2000) y los enfoques sobre capital (Putnam, 2000) permitieron operacionalizar la naturaleza relacional del cuidado y su influencia en la salud colectiva. Estas perspectivas destacan cómo los vínculos sociales, la cohesión comunitaria y las formas de reciprocidad influyen en la capacidad de las comunidades para cuidar y proteger a sus miembros. De manera reciente, en un estudio sobre redes solidarias en contextos de vulnerabilidad (Cañaveral-Guisao et al., 2024) mostraron cómo los cuidados comunitarios emergen de manera orgánica en situaciones de crisis, lo que subraya el papel de la colectividad.

De esta revisión emergieron tres hallazgos centrales. Como primer punto, las teorías existentes coinciden en que el cuidado es un fenómeno social, relacional, ecológico y político, aunque sus aportes se encuentran dispersos entre múltiples disciplinas y enfoques. Segundo, si bien la literatura reconoce la presencia de prácticas comunitarias y territoriales de cuidado, no se presenta un marco integrador que explique cómo estos cuidados se construyen, circulan y se sostienen socialmente dentro de sistemas de relaciones y estructuras colectivas. Tercero, se identificó un vacío significativo respecto al papel transformador de la enfermería como articuladora entre comunidad, territorio, instituciones y sistemas políticos.

Estas brechas justificaron la formulación de un cuerpo teórico integrador que permitiera articular los aportes previos y avanzar hacia una comprensión más amplia del cuidado como práctica socialmente distribuida. El nuevo marco teórico propuesto busca explicar cómo las prácticas de cuidado emergen del entramado sociocultural, ecológico y político; cómo se sostienen mediante redes

de apoyo, acciones colaborativas e intersectoriales; y de qué manera la nueva enfermería en salud colectiva puede desempeñar un papel transformador, actuando como agente que media procesos comunitarios, fortalece vínculos sociales y promueve la corresponsabilidad social en el cuidado.

CONCEPTOS PRINCIPALES

A partir del análisis conceptual, fue posible delimitar los conceptos centrales que sustentan la teoría propuesta, por lo que cada concepto se definió mediante categorías derivadas tanto de la literatura contemporánea en salud colectiva como del análisis de las prácticas actuales de cuidado, lo que permitió identificar sus atributos esenciales y sus formas de manifestación en la vida social. Este proceso garantizó la construcción de un marco conceptual coherente, codificable y pertinente para los desafíos contemporáneos en salud, a continuación, se presenta los conceptos:

- **Cuidado colectivo:** entendido como un proceso social y relacional que se produce de manera situada en los territorios y se sostiene por la participación de múltiples actores-familias, comunidad organizada, instituciones públicas y profesionales de la salud. Se caracteriza por su naturaleza ética, política y corresponsable, en la cual el bienestar deja de ser una responsabilidad exclusivamente individual para convertirse en un bien común construido mediante prácticas comunitarias, diálogo social y acción intersectorial.

- **Determinación social del cuidado:** reconoce que las prácticas de cuidado no emergen de decisiones aisladas, sino de condiciones estructurales (económicas, culturales, institucionales y territoriales) que configuran las posibilidades de cuidar y ser cuidado. Este concepto incorpora dimensiones como desigualdad social, organización comunitaria, uso del espacio, políticas públicas, trabajo reproductivo y sistemas de protección social, revelando cómo las

relaciones de poder y los procesos históricos moldean la cotidianeidad del cuidado.

- **Redes comunitarias de cuidado:** refiere al entramado de vínculos, apoyos, saberes y recursos que circulan en la comunidad para sostener la vida cotidiana. Estas redes pueden ser formales o informales, estables o emergentes, pero todas comparten la capacidad de activar solidaridad, gestionar necesidades colectivas y operar como dispositivos territoriales de salud, sus atributos esenciales incluyen reciprocidad, relacionalidad, accesibilidad, flexibilidad y capacidad de respuesta ante crisis.

- **Intersectorialidad para el cuidado:** describe la articulación entre sectores públicos, comunitarios y sociales para abordar los problemas de salud desde sus múltiples determinantes. Este concepto implica gobernanza colaborativa, diálogo entre saberes, corresponsabilidad institucional y construcción conjunta de estrategias, reconociendo que ninguna disciplina o sector puede, por sí solo, sostener el cuidado en contextos de creciente complejidad social.

- **Enfermería como agente articulador en salud colectiva:** posiciona a la profesión como mediadora entre la comunidad, las instituciones y los sistemas sociales más amplios, trascendiendo la provisión clínica del cuidado para asumir un rol orientado a la facilitación de procesos comunitarios, el fortalecimiento de redes sociales, la promoción de la participación colectiva y la activación de la intersectorialidad, con atributos centrales que incluyen la capacidad pedagógica, la sensibilidad sociopolítica, el análisis territorial, la gestión comunitaria y una acción transformadora orientada a la justicia social.

- **Sujeto colectivo del cuidado:** es la expresión viva de personas y grupos que se reconocen entre sí y deciden cuidar juntos, surge cuando la comunidad transforma la preocupación individual en compromiso compartido y se organiza para proteger la vida, acompañarse y responder de manera solidaria a sus necesidades, no se centra solo en quién cuida sino en cómo se construyen vínculos, acuerdos y acciones comunes desde la experiencia cotidiana, el

diálogo y la conciencia de aquello que afecta a todos, manifestándose en comunidades, organizaciones y redes que actúan con sentido de pertenencia, responsabilidad mutua y búsqueda del bien común, convirtiendo el cuidado en una práctica social que fortalece la dignidad, la justicia y la salud colectiva.

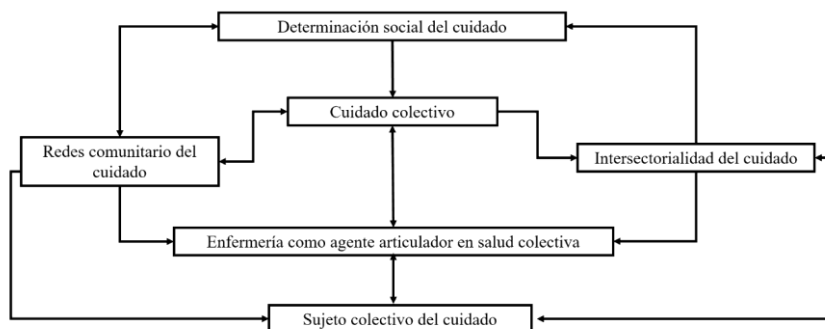
ARTICULACIÓN TEÓRICA

La articulación teórica propone una mirada sistémica y territorial que entiende el cuidado como un proceso social complejo, construido históricamente y condicionado por factores políticos, económicos y culturales. Desde esta perspectiva, el cuidado no es una acción individual ni exclusiva del sector salud, sino una práctica relacional y corresponsable mediante la cual el bienestar se construye como un bien común en los territorios, a partir de la interacción entre comunidades, instituciones y profesionales.

Las condiciones sociales que determinan el cuidado constituyen la base estructural del modelo, ya que influyen en las posibilidades, límites y sentidos de las prácticas de cuidado. En este entramado, las redes comunitarias y la intersectorialidad cumplen un rol central: las redes comunitarias sostienen la vida cotidiana a través de vínculos solidarios, saberes situados y apoyos mutuos, mientras que la intersectorialidad permite articular respuestas integrales frente a problemáticas complejas que exceden el ámbito sanitario y requieren la participación de diversos sectores sociales.

Dicho esto, la enfermería en salud colectiva desempeña un rol estratégico como agente articulador entre la comunidad, las instituciones y otros sectores, integrando acciones pedagógicas, territoriales y políticas orientadas al fortalecimiento de redes y la participación social. A partir de estos procesos emerge el sujeto colectivo del cuidado, cuando las comunidades transforman necesidades compartidas en acción organizada, retroalimentando y consolidando el cuidado colectivo como una práctica social orientada a la equidad, la justicia social y la sostenibilidad de la vida.

Figura 1.
Articulación teórica de la colectivización del cuidado desde la nueva enfermería en salud colectiva.



PROPOSICIONES

- El cuidado colectivo constituye un proceso social y relacional que se produce en los territorios a partir de la interacción corresponsable entre actores comunitarios, institucionales y profesionales, mediante el cual el bienestar se configura como un bien común y no como una responsabilidad exclusivamente individual.

- La determinación social del cuidado estructura las posibilidades, formas y significados de las prácticas de cuidado, en tanto las condiciones económicas, culturales, políticas e institucionales configuran de manera desigual la capacidad de cuidar y de ser cuidado en distintos contextos sociales.

- Las redes comunitarias de cuidado operan como sistemas sociales de sostén de la vida, articulando vínculos, saberes y recursos que permiten la reproducción cotidiana del cuidado y la respuesta colectiva frente a situaciones de vulnerabilidad y crisis.

- La intersectorialidad para el cuidado emerge como un principio organizador de las respuestas en salud colectiva, al permitir la articulación de múltiples sectores y saberes para abordar

los determinantes sociales del cuidado desde una lógica de gobernanza colaborativa.

- La enfermería, en el campo de la salud colectiva, actúa como agente articulador entre comunidad, instituciones y sistemas sociales, integrando funciones pedagógicas, territoriales y políticas orientadas a la construcción y fortalecimiento del cuidado colectivo.

- El sujeto colectivo del cuidado se constituye a través de procesos de reconocimiento, participación y acción organizada, mediante los cuales las comunidades transforman necesidades compartidas en prácticas colectivas de cuidado con capacidad de incidencia social.

- La consolidación del cuidado colectivo depende de la interacción dinámica entre determinación social, redes comunitarias, intersectorialidad y acción profesional, generando condiciones para prácticas de cuidado orientadas a la equidad, la justicia social y la sostenibilidad de la vida.

CIERRE

La Teoría de la colectivización del cuidado propone una mirada renovada y humana sobre la salud al reconocer que nadie se cuida en soledad y que el bienestar surge cuando las comunidades participan, dialogan y se acompañan, retoma aportes de la salud colectiva, la ecología humana, la pedagogía crítica y las teorías del cuidado para mostrar que el cuidado nace de las relaciones, de los vínculos del día a día y de las condiciones sociales que rodean la vida; desde este enfoque, la enfermería se proyecta como una profesión capaz de comprender los territorios y las desigualdades que afectan a las personas, integrando su conocimiento técnico con los saberes locales para construir respuestas cercanas, significativas y socialmente comprometidas.

Los resultados del proceso teórico metodológico muestran que la enfermería cumple un papel importante como articuladora entre familias, organizaciones e instituciones al fortalecer redes solidarias

y abrir espacios de participación comunitaria, siendo que, la teoría aporta rutas, proposiciones y herramientas que permiten reconocer y valorar cómo el cuidado se convierte en un proceso colectivo en la vida cotidiana.

En el fondo, esta propuesta invita a imaginar una enfermería más cercana y sensible, comprometida con la justicia social y con la construcción de comunidades que se sostienen mutuamente y cuidan la vida en común.

REFERENCIAS

- Ayres, J. R. de C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73–92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Bateson, G. (1976). *Steps to an ecology of mind* (1st ed., Vol. 1). Internet Archive.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Bovaird, T., & Loeffler, E. (2012). From Engagement to Co-production: The Contribution of Users and Communities to Outcomes and Public Value. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23(4), 1119–1138. <https://doi.org/10.1007/s11266-012-9309-6>
- Breilh, J. (2013). Determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Cañaveral-Guisao, D., Londoño-Torres, G. E., & Posada-Pérez, N. (2024). Redes que unen: Estudio sobre las redes de apoyo

comunitarias en contextos de vulnerabilidad ambiental y antrópico por avenida torrencial como expresión de resiliencia comunitaria. *Entramado*, 20(2). <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.11025>

Hincapié Jiménez, S. M. (2024). El campo de la ecología política latinoamericana: teorías, actores y procesos. *Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos*, 1(78), 95. <https://doi.org/10.22201/cialc.24486914e.2024.78.57601>

Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People's Health* (1st ed., Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001>

Manuel, L. (2024). Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(145), 47–69.

Menéndez, E. L. (2025). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/CI.9789878926810>

Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: The collapse and revival of American community. In *Proceedings of the 2000 ACM conference on Computer supported cooperative work*. ACM. <https://doi.org/10.1145/358916.361990>

Santacruz-Varela, J., Fajardo-Dolci, G. E., Artaza-Barrientos, O., & Olaiz-Fernández, G. (2024). Análisis de los cambios en el sistema público de salud realizados entre 2019 y 2024 para atender a la población sin seguridad social de México. *Gaceta Médica de México*, 160(6). <https://doi.org/10.24875/GMM.24000278>

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* (1st ed., Vol. 1). WHO World Health Organization.

- Stillwaggon, E. (2005). *AIDS and the Ecology of Poverty*. Oxford University PressNew York. <https://doi.org/10.1093/0195169271.001.0001>
- Urie, B. (2005). *Making human beings human : bioecological perspectives on human development* (Sage Publications, Vol. 1). SearchWorks Catalog.
- Velasco Dominguez, M. de L. (2024). Cambios en las políticas sobre cuidados y familiarización del trabajo de cuidados en México de 2018 a 2023. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 10, 1–41. <https://doi.org/10.24201/reg.v10i1.1128>
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), 234–238. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>
- Zibecchi, C. (2014). Trayectorias de mujeres y trabajo de cuidado en el ámbito comunitario: algunas claves para su estudio. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 5(39), 97–140. <https://doi.org/10.32870/lv.v5i39.476>



Josué Arturo Medina Fernández

<https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

Licenciado en Enfermería por la UADY. Maestro en Enfermería con acentuación en atención al adulto mayor por la UAdeC. Doctor en Salud Pública por la UNICLA. Postdoctorante en Salud Colectiva por la Universidad de los Lagos. Profesor de Tiempo Completo en el Departamento de Ciencias de la

Enfermería en la División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Su trabajo de investigación se enfoca en la conducta de salud en el adulto mayor, envejecimiento y vejez, pertenece al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel 1.



Isaí Arturo Medina Fernández

<https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>

Licenciado en Enfermería por la UADY. Maestro en Enfermería con acentuación en atención al adulto mayor por la UAdeC. Doctor en Salud Pública por la UNICLA. Postdoctorante en Salud Colectiva por la Universidad de los Lagos. Profesor en la

Facultad de Enfermería y Nutrición “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. Su trabajo de investigación se enfoca en la conducta de salud de grupos vulnerables, de forma específica en cuidadores y adultos mayores. Es integrante del cuerpo académico “Conductas de cuidado en la salud colectiva”, pertenece al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel 1.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS). Posdoctor en Antropología Social (BUAP). Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia,

Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.

CUIDAR EN COLECTIVO: CONSIDERACIONES TEÓRICAS EPISTÉMICAS A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Leila M. Passerino

Alejandra Rodríguez Torres

RESUMEN

El cáncer de mama representa un importante problema de salud pública en Argentina debido a su alta incidencia, mortalidad y a las desigualdades en el acceso al diagnóstico y tratamiento. Aunque las políticas públicas se han centrado principalmente en la detección temprana mediante mamografías, persisten barreras estructurales, sociales y culturales que afectan el cuidado y la prevención. Desde el enfoque de la Salud Colectiva, este trabajo propone repensar la prevención incorporando las determinaciones sociales y la participación comunitaria. A partir de una experiencia de extensión universitaria con metodología participativa e interseccional, se promueve una mirada integral del cuidado que articule comunidad, sistema de salud y derechos, fortaleciendo la promoción de la salud y la equidad.

Palabras clave: cáncer de mama, salud colectiva, promoción de la salud, prevención, equidad en salud.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el de mayor incidencia en mujeres. En Argentina, las muertes por cáncer de mama en 2020 fueron de 5.634 y los casos nuevos, según los datos de Globocan 2020, fueron 22.024 (Sung, et. al., 2021). Sin contar a Brasil, la carga del cáncer de mama

en Argentina casi duplica los valores registrados en los países más grandes de América Latina. Según los datos que recupera la UICC (2020) publicados por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), dependiente de la OMS, se espera un aumento de la incidencia total del cáncer en Argentina del 47,8% en 20 años, con tasas de incidencia mayores que las registradas en otros países grandes de América Latina, como Brasil, Colombia, México y Perú (UICC, 2020: 6).

La problemática del cáncer en nuestras sociedades cobra relevancia no solo por los datos epidemiológicos que arroja, sino por la falta de equidad que subyace y la ubica como uno de los mayores problemas de salud del país (Rubinstein, et. al., 2018; UICC, 2020).

El cáncer de mama no responde a una única causa o etiología específica, por ello, si bien algunos enfoques centran su abordaje en factores de riesgo o productores de la enfermedad —vinculados a los genes, estilos de vida y ambiente que nos rodea (IARC, 2025)—, el cáncer no se puede evitar. Ello ha conducido a políticas programáticas centradas en la prevención secundaria para la detección temprana, así como en la implementación de tratamientos pertinentes y oportunos. Según datos del Instituto Nacional del Cáncer, en Argentina, más del 30% de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados. Este aspecto es fundamental ya que las posibilidades de “curación” dependen altamente del estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, así como las alternativas y posibilidades terapéuticas. En estadios avanzados, además de menores tasas de supervivencia, los tratamientos quirúrgicos y sistémicos son más agresivos con mayores posibilidades de secuelas a largo plazo (Pesce, et. al.2023). Por ese motivo, la detección temprana resulta un aspecto central para la política pública. Pese a la relevancia del problema, persisten desigualdades e inequidades en la salud de las mujeres que se manifiestan de manera estructural y multidimensional: en la elevada carga de enfermedad diagnosticada en estadios avanzados; en las barreras de acceso oportuno y de calidad a recursos médicos,

atención especializada y servicios oncológicos; en las brechas entre los subsectores público y privado y en los resultados sanitarios, en un contexto de alta fragmentación del sistema de salud (UICC, 2020; Ayala et al., 2023). Estas inequidades también se expresan en condicionantes geográficos y socioeconómicos, en obstáculos socioculturales —como miedos, desconfianza, falta de información y creencias religiosas que inciden en la decisión de realizarse mamografías—, en déficits de recursos humanos y tecnológicos para el tamizaje (incluida la calibración de equipos y el cumplimiento de guías de buenas prácticas), en limitaciones para el diagnóstico preciso, tratamiento y seguimiento, y en la débil articulación entre los procesos de detección, diagnóstico y circuito terapéutico.

Frente a esta problemática, se torna fundamental un enfoque de la Salud Colectiva que permita reconocer, comprender y transformar las condiciones sociales, institucionales y simbólicas que producen inequidades en la salud de las mujeres. Ello supone ir más allá de miradas centralizadas en el sistema de salud, así como complejizar el lugar de la prevención para reposicionar los contextos y las determinaciones sociales.

En este capítulo reponemos una experiencia de promoción de la salud que se asienta sobre las bases teóricas, epistemológicas y políticas de la Salud Colectiva. Estructuramos el capítulo en tres partes. En primera instancia abordamos la problemática del cáncer como problema de salud pública a partir de los enfoques predominantes y antecedentes en nuestro país. En un segundo nos valemos del campo de la Salud Colectiva para repensar la prevención y el cuidado integral como dimensiones sobre las que se asienta la práctica de promoción desarrollada.

Finalmente, realizamos una sistematización de la experiencia, la cual forma parte de un proyecto de extensión universitaria llevado adelante en la provincia de Entre Ríos (Argentina) durante el año 2023. Aquí recuperamos el rol de la universidad pública y las prácticas de extensión como espacio privilegiado la promoción y transformación; reponemos el abordaje metodológico de carácter

participativo y con enfoque comunicacional e interseccional de género; así como sistematizamos la experiencia a partir de recuperar algunos de los ejes trabajados, las discusiones que se inauguraron y las formas en que mujeres participantes han podido politizar estrategias y prácticas de prevención resituando el cuidado integral y el derecho a la salud vinculado al cáncer de mama.

CÁNCER DE MAMA: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA DESDE SUS ENFOQUES PREDOMINANTES

El cáncer de mama, como introdujéramos, asume un lugar considerable en la agenda pública de salud arraigada a la incidencia y mortalidad de la enfermedad. Ello, sin embargo, posee una historia relativamente reciente. En Argentina, a fines de 2010 se estableció una Coordinación de Cáncer de Mama en el recién creado Instituto Nacional del Cáncer (INC), una institución de carácter descentrado pero dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y en 2011 comienzan a desarrollarse actividades en lo que se constituiría como Programa Nacional de Cáncer de Mama (PNCM), formalmente establecido por Resolución Ministerial 1813 en el mes de diciembre de 2013, bajo la órbita de este organismo.

Los objetivos generales del PNCM se sedimentaron sobre la reducción de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, así como en la garantía de tratamiento adecuado y oportuno de las pacientes con éste diagnóstico. A partir de la aprobación del PNCM, por primera vez el cáncer de mama se constituyó en objeto de política pública específica a partir de considerar el tamizaje o screening poblacional organizado para el logro de la detección temprana. La mamografía pasó a ser parte fundamental de este proceso². Hasta 2010 con la creación del INC y

² Antes del Programa ya existía una demanda social constituida para la realización de la mamografía fundamentalmente de usuarias con cobertura de salud de sectores medios y altos. En 2001, comienzan a formar parte del Programa Médico

los datos preliminares del *Diagnóstico* (Viniegra, et. al., 2010), no existía una política pública que propusiera la reducción de la mortalidad a través de la detección temprana de forma sistemática y que estandarizara los procedimientos estableciendo normativas y garantías de calidad para todos los efectores, procurando la accesibilidad a las mujeres y particularmente a usuarias de servicios públicos de salud.

El formato de Programa permitió la financiación de acciones específicas atentas a préstamos internacionales y compromisos asumidos en el marco de las estrategias y recomendaciones de esos organismos. Los discursos de la OMS, la OPS y IARC funcionaron como repertorios de fundamentos técnicos para la justificación de los modelos de política adoptados; financiados por el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y el Banco Mundial (BM) (Iummato, 2019). Ello tuvo impacto en el perfil del PNCM, ya que el INC priorizó acciones centradas en mejorar las capacidades de los centros de diagnóstico y tratamiento en términos de formación y de fortalecimiento de redes de referencia, de normalizar los procesos y lograr mejores estándares de calidad en las intervenciones diseminando guías de práctica clínica y registros para el monitoreo de las prácticas relacionadas al cáncer (Iummato, 2019: 44). Siguiendo la tesis de la autora, el enfoque del PNCM se encuentra estrechamente ligado al trabajo con expertos pertenecientes a agrupaciones de especialidades médicas y ámbitos científicos — vinculados a la oncología clínica, la radiología y la mastología— por sobre otros actores y saberes.

La prevención secundaria adquirió centralidad en el marco del PNCM como enfoque hacia la detección temprana a partir de pruebas como la mamografía. Alineada con las iniciativas de cáncer de mama de la OMS, se recomienda la detección bienal mediante examen clínico de mama a partir de los 40 años y la detección bienal mediante mamografía a partir de los 50 años hasta los 74, ya que se

Obligatorio, incluidas como procedimiento tanto en efectores públicos como privados y asegurando su acceso.

registra evidencia limitada para mujeres de 40 a 49 años, para quienes la mamografía parece no ofrecer beneficios (Baena, et. al., 2023). El PNCM adopta la recomendación de tamizajes a partir de los 50 años y con un intervalo de 2 años, considerando la relación costo-efectividad para países con alta incidencia de cáncer de mama. La voz de las organizaciones como la IARC, la OMS, la *U.S. Preventive Services Task Force* de los Estados Unidos, la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, el *Advisory Committee on Cancer Prevention* de la Unión Europea, el *National Health Service* del Reino Unido configura el problema en el plano local (Di Sivio, 2018, INC, 2019). Sin adentrarnos en discusiones respecto a sobrediagnóstico y el sobretratamiento que esta práctica puede inaugurar o su predominio frente a otros métodos como el examen clínico y la autoexploración, algunas de las críticas a la centralidad de la mamografía y eje para el abordaje de las políticas en cáncer de mama es su efectividad para la reducción de la mortalidad, en tanto se arguye que ello debe ser atribuido a las mejoras en los tratamientos y conocimiento de la biología del cáncer que a la detección temprana (Schneider, 2018 en Iummato, 2019). Asimismo, no es menor considerar que se trata de un método de screening complejo y caro, que supone la garantía de accesibilidad a toda la población objetivo. La relación costo-efectividad asume un lugar privilegiado, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos que inciden en las recomendaciones para programas de detección de cáncer de mama basados en la población (WHO, 2014). El neoliberalismo lleva a los derechos sociales, como la salud a formar parte de intereses mercantiles, en los cuales los “equilibrios económicos” deben ser considerados (Villasana, et. al. 2022).

Como puede advertirse en la literatura, una política centralizada en la prevención a la secundaria desde la implementación tecnológica de la mamografía presenta brechas y limitaciones vinculadas a la inserción territorial de los programas que se ven agudizadas por la fragmentación del sistema de salud y la distribución desigual de los recursos. Argentina ha

descentralizado en las provincias la gestión y prestación de servicios de salud, la regulación y, en especial, su financiamiento. El resultado ha sido la poca coordinación entre niveles y jurisdicciones para brindar servicios sanitarios, lo que conlleva a ineficiencias en el uso de los recursos públicos y a inequidades de derechos, ya que existen enormes brechas de calidad y de acceso de acuerdo con su lugar de residencia (Fundación Directorio Legislativo, 2021).

Asimismo, al ser las contrapartes del INC para las actividades provinciales frecuentemente del área de oncología, no se tejieron alianzas para el trabajo articulado con el primer nivel de atención y la accesibilidad de las mujeres en el marco de otras asociaciones ya preestablecidas, ya que el foco se centró en mejorar la calidad del diagnóstico y del tratamiento (Iummato, 2019).

Se reconocen a su vez otras barreras expresadas en el acceso oportuno a estudios diagnósticos —disponibilidad de equipos para realizar biopsias, técnicos y patólogos para concretar la evaluación— y en el caso de confirmarse el diagnóstico, al tratamiento oportuno y efectivo —cirugía, radioterapia, tratamiento sistémico—. Ello asume especial importancia dado que, como señala la literatura, el tiempo destinado en cada una de las etapas impacta directamente en los resultados obtenidos (Subedi, et. al., 2024). Como recupera Valencia et. al. (2022) en Argentina se identifica un retraso en el paciente y en el sistema como un problema de salud pública, con retrasos en el diagnóstico y diferencias significativas entre el sector privado y público, con disparidades geográficas y socioeconómicas en la provisión de los servicios de salud (UICC, 2020) y por tanto, para la equidad en el acceso a la salud. Este análisis registra inequidades entre grupos o brechas que se traducen en diferencias de acceso a diagnósticos oportunos, a servicios y tratamientos y, en consecuencia, mayor mortalidad, daños y efectos en la calidad de vida.

APORTES DE LA SALUD COLECTIVA: HACIA UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA DE LOS PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD, ATENCIÓN Y CUIDADO FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DEL CÁNCER DE MAMA

El PNCM posicionó en la agenda política al cáncer de mama como una problemática de salud pública. Hemos considerado algunos ejes transversales del Programa recuperando el lugar sustancial que ocupa el tamizaje poblacional a partir de la mamografía como método preferente destinado a la detección temprana³. Como hemos referido, las acciones forman parte de los repertorios discursivos y programáticos de organismos internacionales. Sin embargo, esa centralidad dejó por fuera otras dimensiones, no desarrolladas de forma explícitas dentro del PNCM, como los mecanismos de invitación y captación masivos para el tamizaje o el rol de la atención primaria en la red de referencia (Iummato, 2019). El enfoque de la Salud Colectiva nos permite complejizar el enfoque de la prevención, poniendo en consideración las determinaciones sociales que participan de estas instancias como reponiendo el lugar de las comunidades en estos procesos –aspecto central para la inserción territorial de los programas y la promoción de la salud. Sobre la base de estos presupuestos, se enmarca la experiencia que recuperamos con posterioridad.

El abordaje, experiencias y teorizaciones en torno al ejercicio de la Salud Colectiva contribuye a mantener lecturas críticas de estas estrategias, complejizar las iniciativas, así como repensar los modelos de atención y cuidado centrados en los procedimientos con alto consumo de tecnologías y equipamientos que poco valorizan la relación con el otro (Henriques, Pinheiro, 2008). Tal como dan cuenta otros estudios en Argentina. Uno de los principales problemas

³ Más allá del PNCM, la prevención secundaria forma parte de un discurso social extendido, especialmente reforzado durante el mes de octubre y con participación de organizaciones civiles, así como de un sector empresarial que, sin adentrarnos en las discusiones que suscita, publicitan la concientización del cáncer de mama y la promoción de exámenes, también con presencia de mamógrafos móviles en algunos espacios metropolitanos.

identificados es el modelo que prevalece de atención médica que pone el énfasis en la cura de enfermedades, la estructura hospitalaria y el desarrollo de tecnología de alta complejidad por sobre la atención primaria y las acciones preventivas (Ponce, 2013). Desde este enfoque, tanto la oferta como las soluciones se centralizan en el acceso a los servicios de salud y la expansión de la asistencia sanitaria. Ello es coherente con un enfoque vinculado al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1998) caracterizado por su sesgo biologicista, patocéntrico y unidisciplinario, expresado en la especialización y orientado a la práctica oncológica-clínica. La posición predominante que asume la política para la prevención secundaria del cáncer de mama decanta en al menos dos cuestiones a problematizar a partir de los aportes del campo de la Salud Colectiva —sobre los que se fundamentan los objetivos y relato de experiencia desarrollados en el próximo apartado.

El primer aspecto se vincula al carácter limitado que asume la integralidad en el cuidado del cáncer. Es acertado mencionar que el PNCM conceptualiza el control y cuidado del cáncer no solo a partir de la detección temprana, sino considerando el acceso a los estudios diagnósticos, el tratamiento oportuno y efectivo, así como los tiempos destinados en cada una de las etapas. Comprende a su vez que existen diferentes barreras que participan frente al diagnóstico y tratamiento adecuado, relativas al sistema de salud, a la situación particular de las mujeres y a su contexto (Pesce, Robles, Di Sibio, 2023). Sin embargo, se trata de un abordaje que permanece programáticamente centralizado en el sistema de salud, desde donde se asumen las estrategias para el despliegue de la política pública. Las principales problemáticas que se identifican se expresarían en el desanclaje entre la detección temprana y los diagnósticos de calidad, el tratamiento oportuno y el seguimiento apropiado (Ponce, 2013). Pero esta mirada no complejiza las prácticas en contexto desde los procesos sociales que las median, así como tampoco recupera los saberes colectivos en las estrategias de promoción, ni repara en las determinaciones sociales que producen

las desigualdades que se expresan en las inequidades de atención y cuidado en el propio sistema de salud. Cabe considerar que las desigualdades en salud se originan en desigualdades sociales previas, por lo que se hace necesario reflexionar e ir más allá de lo estrictamente relacionado al “campo de la salud” al momento de debatir estos temas (Ortúzar y Suárez Ruíz, 2021 en Anzorena, 2024). Una orientación ligada a la integralidad en salud, incluidos en el cuidado como el derecho a la educación, prácticas de promoción de la salud, sensibilización, concientización, acompañamiento a mujeres o mejora de las condiciones de vida y bienestar general (Ponce, 217). Así como problemáticas que dificultan el acceso o en la apropiación subjetiva de derechos, la acción coordinada y articulada intersectorial, permanecen en un plano subsidiario.

El segundo aspecto vinculado a la política en materia de prevención secundaria, lindante al anterior, que la Salud Colectiva nos permite discutir recae en la estructura de las acciones preventivas y de concientización de carácter estrictamente individual que se despliegan a partir de la difusión de información y las recomendaciones. La responsabilidad individual para el cuidado, desprovisto de su carácter colectivo e integral, se ampara en la garantía de acceso mediante la oferta de la estructura y el acceso a la tecnología. Como se ha introducido, el PNCM habilita en el sector público los tamizajes a partir de los 50 años y con un intervalo de 2 años. La responsabilidad individual es afín a discursos neoliberales en torno al cuidado y a perspectivas de accesibilidad en clave unidireccional, donde los servicios de salud permanecen a la “espera” o se centra en quienes acceden, pero no focaliza en quienes quedan por fuera, como en las sinergias necesarias que hacen al vínculo posible entre quienes —en el mejor de los casos— se ubican como *usuarixs* y los efectores de salud. De modo que el carácter social, repuesto desde la salud colectiva en el abordaje de las determinaciones, leídas como procesos donde intervienen factores socioeconómicos, históricos, culturales y de género que participan en el cuidado y particularmente, en las estrategias de prevención

para el acceso de la detección temprana, ocupan un lugar secundario o inexistente en las prácticas preventivas vinculadas al cáncer de mama como así también frente a las acciones diagnósticas, de atención y cuidado.

La Salud Colectiva como campo que nace de los debates en América Latina en los años 70, concibe a la salud desde una concepción social, como bien público. Discute de esta manera con las posiciones reductivas de la salud, que la asemejan a un simple estado biológico, reponiendo las estructuras sociales, económicas, políticas, culturales, históricas, ecológicas, generizadas en las que vivimos (Quintana, et. al., 2025). Las determinaciones, existen antes que cualquier problema analizado, y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo (Arango, 2008; Breihl, 2021). La salud excede al individuo y no se limita a la ausencia de enfermedad, ya que los procesos de salud-enfermedad forman parte de un proceso dialéctico y social.

La promoción de acciones de salud exige por ello un abordaje integral a partir de asumir la complejidad del cuidado, el derecho a la salud y los vínculos con otros derechos necesarios para su ejercicio. El derecho a la salud resulta inseparable a la vigencia de otros derechos del *buen vivir* (Breilh, 2010). La prevención, por tanto, excedería al sistema de salud, como espacio exclusivo para su tratamiento. Sin desconocer el lugar que ocupan las acciones vinculadas al examen mamográfico como estrategia de screening poblacional para la detección temprana de cáncer de mama, consideramos necesarios enfoques integrales que aborden el continuum del cuidado y el sostenimiento de la salud de las mujeres considerando las barreras y problemáticas de accesibilidad que enfrentan y que deben interpretarse en términos colectivos. Siguiendo a Czeresnia “el conocimiento científico y la posibilidad operativa de las técnicas en las prácticas de salud deberían ser empleados sin provocar la desconexión de la sensibilidad en relación con nuestros propios cuerpos.” (2008: 6) Agregamos a ello, sin desconocer los contextos, las prácticas, barreras y modos de

practicar la salud. Esta perspectiva “abre nuevas posibilidades para la acción, que van más allá de la atención médica individual porque la universaliza, se centra en la promoción de la salud, en la integralidad para el cuidado a la vida y en la igualdad social” (Quintana, et. al., 2025: 116)

La integralidad en salud actúa como principio ético-político y educativo (Monteiro Henriques, Pinheiro, 2008) trascendiendo el sistema de salud, en la medida en que la transformación no puede realizarse de manera aislada de los saberes de las comunidades, de la participación y horizontes de justicia social y epistémica (De Ortúzar, M.; Arpini, A., 2021). La Salud Colectiva se asume como derecho y se expresa en las condiciones de participación, de distribución de los derechos, en la inclusión de las perspectivas y actores de manera intersectorial, en la integralidad de los cuidados y la atención. Sobre esta base proponemos reconsiderar las prácticas de prevención y las estrategias que las sustentan discutiendo la mirada hegemónica ante la cual queda reducida a prácticas individuales e instrumentales, acto médico materializado en exámenes y protocolos. En contraposición y en sintonía con Ponce, se trata de concebir a la prevención como una práctica política y social: “la prevención simboliza una acción crítica y reflexiva sobre la vida, una toma de conciencia sobre la propia existencia, así como la capacidad de actuar con autonomía y, sobre todo, un modo de ejercer el derecho a la salud” (2013: 218).

La propuesta de promoción que aquí consideramos se integra al pensamiento crítico latinoamericano en salud para una *Atención Integral para la Salud y el Bien Vivir* (Feo, et. al., 2023)⁴. Esta línea

⁴ Esta propuesta discute los marcos clásicos de Atención Primaria de la Salud (APS). Si bien la APS nace de un impulso de transformación social que intentó traspasar los enfoques reduccionistas centrados en la enfermedad (Cueto, 2004; Gómez, 2010; Rovere, 2012; Almeida, et. al., 2018; Feo, et. al., 2023), se transformó en un marco fetichizado del discurso sobre la salud para el Sur Global. Lo que se denominó APS “selectiva”, financiada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Fundación Rockefeller, fue reducida a modelos funcionalistas de la salud pública (Feo, et. al., 2023; De Ortúzar, Arpini, 2021). La APS “neutralizó” el

constituye una vía política para producir transformaciones y traer a escena las múltiples determinaciones, desde claves intersecciones y con búsquedas de equidad.

EXTENSIÓN UNIVERSITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: HACIA UNA PROPUESTA PARTICIPATIVA CON ENFOQUE COMUNICACIONAL E INTERSECCIONAL DE GÉNERO

EXTENSIÓN UNIVERSITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La perspectiva de la salud colectiva nos invita a pensar la salud como un asunto que excede la supervivencia y se expresa, en términos de Czeresnia (2008), como una *cualificación de la existencia* en la cual participan la dimensión social, existencial y ética en las trayectorias y experiencia vivida. La promoción de la salud se orienta al fortalecimiento de la capacidad singular y colectiva traspasando una aplicación técnica y/o normativa. Más bien, “refiere al fortalecimiento de la salud por medio de la construcción de la capacidad de elección, así como a la utilización del conocimiento con el discernimiento de considerar las diferencias y singularidades de los acontecimientos” (Czeresnia, 2008: 6). El “formar parte” es una condición primaria para el compromiso de las personas y comunidades ya que solo asumidos como sujetos activos que ejercen derechos es que estos pueden propiciar prácticas participación en salud y cuidado.

La experiencia desarrollada se integró a un proyecto de extensión de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), radicado en la Facultad de Ingeniería, denominado “Aportes a la evaluación de

carácter político orientado a cerrar las brechas y lograr salud integral, sometándose a un proceso de desideologización que la despojó de esa connotación política original centrada en el derecho a la salud, limitando la capacidad para generar transformaciones sociales (Gómez, 2012). Como desarrolla Arango (2008), la desmitificación de las políticas desarrollistas y del Banco Mundial así como de otros organismos internacionales desde la década de los sesenta, ha sido un serio y sostenido trabajo teórico-político, de la corriente social de la salud (Arango, 2008: 4).

Tecnologías Sanitarias relacionadas con el diagnóstico del cáncer de mama desde una perspectiva de derechos”⁵. El proyecto se proponía recuperar y promover diálogos transdisciplinarios entre referentes del campo de la bioingeniería y quienes nos desarrollábamos en el ámbito de las ciencias sociales, en articulación con acciones de capacitación con el Instituto Provincial del Cáncer, el Área de Salud Sexual y Reproductiva, Diversidad de Género de la Provincia de Entre Ríos, la Comisión de Accesibilidad y Discapacidad de la UNER, la cátedra de Radiodiagnóstico y Radioterapia de la Facultad de Ingeniería. Desde el espacio se han desarrollado encuentros y talleres formativos referida a las temáticas que representan los ejes de trabajo conjunto: la perspectiva de género, la accesibilidad, las características de la evaluación de tecnología sanitaria en el contexto de nuestro país y la provincia de Entre Ríos junto con un mapeo regional de los servicios públicos y el equipamiento técnico con el que cuentan en relación con el diagnóstico temprano del cáncer de mama por estudios de mamografía. Este proyecto marco puso en escena el rol de la universidad con instituciones vinculadas a la formación de profesionales del ámbito de la salud, como espacios donde se reflejan las tensiones que atraviesa a la sociedad, pero a su vez, repensando la producción de tensiones y sesgos que se producen en las personas y estructuras que la integran, como en las actividades que se realizan desde estos espacios (Aizcorbe, 2022). Así, se pone en evidencia la responsabilidad política que les caben a las instituciones universitarias como espacios de formación e investigación, así como de transformación social. En ese ida y vuelta, entre la investigación, los vínculos con las instituciones, la resolución de necesidades sociales y los intercambios con las comunidades, es desde donde cada uno de estos procesos se nutre, favoreciendo en el caso de las universidades en particular, una formación profesional atenta a las problemáticas y demandas del territorio.

⁵ Proyecto de Extensión “Aportes a la evaluación de Tecnologías Sanitarias relacionadas con el diagnóstico del cáncer de mama desde una perspectiva de derechos”. Directora: Jesuana Aizcorbe. Res. “C.S.” 384/21. Programación 2022-2023.

Por su parte, las propuestas de extensión favorecen los debates políticos y éticos de las grandes luchas en defensa de los derechos de los y las ciudadanas (Monteiro Henriques, Pinheiro 2008) y en ese decurso, se promueven prácticas de ciudadanía y un movimiento hacia el pensarnos como sujetos de derecho. Como hemos recorrido en los primeros apartados, comprendemos al cuidado y a la prevención del cáncer de mama como instancias que trascienden miradas fragmentarias centradas unívocamente en la atención, situadas en instituciones hospitalarias e individualizadas. La propuesta supuso reposicionar el carácter social para el reconocimiento de las determinaciones y la relación dialéctica de los procesos salud-enfermedad. La salud, como proceso complejo, se construye de manera colectiva y las acciones intersectoriales constituyen un recurso fundamental para la solución de problemáticas y para el bienestar de las comunidades (Baró, s/f en Blesio, 2020).

METODOLOGÍA PARTICIPATIVA CON ENFOQUE COMUNICACIONAL E INTERSECCIONAL DE GÉNERO

La experiencia asumió forma de taller y su nombre inicial fue “¿Desde dónde miramos? Aproximaciones y lecturas sobre algunos spots sobre detección temprana de cáncer de mama”. Fue guiada por dos comunicadoras sociales adscriptas al proyecto de extensión referido⁶. Desde una orientación en derechos, el taller convocó desde la Universidad a estudiantes de la de la carrera de bioingeniería de la Facultad de Ingeniería (UNER), y a partir de la difusión mediante medios gráficos, radiales y redes sociales, a público general y especialmente mujeres. Contó a su vez con la participación de trabajadores del ámbito de la salud y tomadores de decisión del Instituto Provincial del cáncer.

La propuesta asumió una metodología de diseño cualitativo y participativa a partir de los aportes epistémicos de la etnografía

⁶ Las licenciadas Diana De Harbe y quien escribe este capítulo, Leila M. Passerino.

colaborativa. En América Latina un conjunto de autoras (Katzner, Álvarez Veinguer, Dietz y Segovia, 2022; Katzner Molina y Álvarez Veinguer, 2022) definen a la etnografía colaborativa a partir de su carácter colectivo y relacional, donde en el encuentro (intersubjetivo) se reconocen otros saberes-haceres-sentires en un *hacer en común*. De ello se asume un compromiso con los sujetos involucrados en el marco de una articulación con la comunidad en donde “la intersubjetividad e intercorporeidad de la etnógrafa procuran mantener un continuo intercambio lo más horizontal posible de saberes-haceres y de sentipensares de doble vía con la o las comunidades con las que colabora y se compromete” (Katzner Molina *et al.*, 2022, p. 17).

El taller propuso contribuir al cuidado y prevención del cáncer de mama utilizando como disparador discursos en soporte gráfico y audiovisual vinculados a la detección temprana. El formato participativo permitió poner en escena las tensiones que atraviesan las acciones de prevención (fundamentalmente a partir del análisis de las campañas trabajadas), para adentrarnos en los imaginarios en torno a los procesos de cuidado, los sesgos de género identificados en los spots, discursos predominantes y barreras reconocidas en las propias experiencias de las mujeres en torno al cuidado y la prevención. Las metodologías participativas promueven el diálogo y la transformación a partir de una puesta colectiva que interpela en tanto comunidad. Como datan los antecedentes, en espacios de gestión institucional, ámbitos académicos y sanitarios, suele predominar una lógica de investigación e intervención unidireccional que decanta en vínculos débiles con la comunidad, con orientaciones prescriptivas que no logran producir transformaciones reales o resultan efímeras. Como sostienen Martínez Reyes y García Gualda (2024) pese a que se ha demostrado la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las cuales es indispensable la sinergia comunicativa con la comunidad, sigue siendo precario el acercamiento lo que lleva a que no se aprovechen suficientemente

las potencialidades de la comunidad para el cuidado de la salud o se tornen en barrera para el acceso a los servicios.

Dos enfoques ético-epistémicos guiaron el proceso. Por un lado, partimos de un enfoque comunicacional como dimensión constitutiva de los procesos de salud. Esta orientación discute con perspectivas instrumentales —transmisión, persuasión, de información— para recabar en el carácter relacional y centrado en los procesos de construcción social de sentidos basados en el reconocimiento de las particularidades sociales y culturales de los diferentes actores implicados en los procesos de salud (Rodríguez Roura, et. al., 2018), poniendo en escena la producción, circulación y apropiación de sentidos (Soares De Araújo, Miranda Cardoso, 2008). El enfoque comunicacional revaloriza el diálogo e intercambio para la construcción colectiva, a partir de la reflexión crítica y la valoración de las sujetas con sus conocimientos y saberes propios (Báceres, Díaz, 2020). En sintonía con la propuesta de Czeresnia (2008) ello implica considerar la reflexividad filosófica en torno a cómo comprender los procesos salud/enfermedad y la reconfiguración de la educación/comunicación en las prácticas de salud. Una perspectiva comunicacional enfatiza la complejidad de los procesos y los sentidos, materializados en prácticas, que adoptan los procesos de salud/enfermedad y sienta las bases para acciones de prevención y promoción articuladas a las concepciones de mundo y contextos desde donde se trabaja.

El segundo enfoque que sienta las bases ética-epistémicas para el abordaje del taller es la perspectiva interseccional. Ella recupera el carácter multidimensional, relacional y dinámico (Busquier, Yáñez-Lagos, Parra; 2021) del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado como experiencia que se expresa en diversas esferas de la vida de las mujeres. Considera la articulación entre rasgos socioculturales que se imbrican en la vida de las mujeres las cuales no se traducen en categorías sumatorias, sino que requieren ser consideradas en su complejidad. La interseccionalidad irrumpió en la academia en un intento de resistir la homogeneización del

feminismo, ampliando y complejizando el abordaje sobre los modos de dominación (Migliaro González, et. al., 2008). Pero así también, respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados, problematiza la perspectiva biomédica como diagnóstico clasificatorio para situar al “cáncer de mama” como experiencia compleja que se encarna de manera multidimensional y en el contexto de múltiples determinaciones.

En esta clave abordamos la problemática desde una perspectiva de género, dado que la prevención y el cuidado resultan dimensiones que se ligan a sentimientos íntimos, vinculados a la vergüenza a exponer el cuerpo en la revisión de mamas, el miedo a sentir dolor en los exámenes, la incapacidad y la muerte (Ponce, 2013). Consideramos aquí estereotipos e imperativos que median la experiencia en los modos en que son construidos los cuerpos femeninos y discursos predominantes en materia de cuidado y prevención, así como las dificultades y problemáticas que median y tornan diferencial el proceso de enfermar.

En términos programáticos la organización y propuesta del taller inició con la visualización de dos spots publicitarios. En el primer caso, se trató de un spot audiovisual de origen chileno denominado “Por amor a las tetas” (Agencia Lowe Porta, 2012) cuyo propósito inicial se centró en la promoción de la detección temprana del cáncer de mama, aunque luego de críticas extendidas fue quitado de circulación, a punto tal que el Ministerio de Salud Chileno tuvo que emitir un comunicado sobre la total desvinculación del aviso y su autoría (Sudamericana Hoy, 2012). En el segundo caso, proyectamos una campaña grafica argentina que se denominó “Firmá una Teta” (o #FirmáUnaTeta), iniciativa considerada de alto impacto creada por la organización argentina MACMA (Movimiento Ayuda Cáncer de Mama) en 2014. A diferencia del primer caso, se trató de una estrategia ponderada que rápidamente se tornó viral, que “revolucionó las redes sociales” (Univisión, 2014) y que proponía concientizar sobre la problemática a partir del ingreso al portal y firma sobre una imagen recortada centrada en “tetas”.

La elección de piezas comunicacionales consideradas “polémicas” y particularmente caracterizadas por su vínculo con matrices androcéntricas en la organización discursiva en torno al cáncer de mama, constituyeron un terreno fértil para inaugurar conversaciones acerca de las experiencias de cuidado, los procesos opresivos que participan las experiencias, los modos en que somos interpeladas como mujeres, la búsqueda de modelos saludables y participativos de prevención, así como la construcción de vínculos con los servicios de salud.

RESITUAR Y REPENSAR LA EXPERIENCIA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL DEL CUIDADO Y LA PREVENCIÓN EN CÁNCER DE MAMA

La metodología participativa, en tanto apuesta teórica-metodológica, nos permitió generar un espacio dialógico. En este apartado sistematizamos desde nuestra mirada algunos de los principales nudos que surgieron de los intercambios, y que consideramos, favorecen la propuesta de practicar una salud colectiva con enfoque en la prevención y la promoción. El taller propuso generar condiciones políticas, sociales y culturales para el ejercicio del cuidado de la salud en mujeres desde la promoción de acciones de concientización, pero poniendo en escena normas sociales, creencias y percepciones que participan del cuidado integral y que requieren ser consideradas —claves para comprender los vínculos posibles con las instituciones de salud.

Como dan cuenta experiencias previas documentadas, un desafío importante en la prevención del cáncer de mama es lograr que las mujeres puedan incorporar cuidados para la detección estas enfermedades muchas veces invisibles en su primera etapa de aparición, pero ello también involucra otros desafíos importantes como el que las mujeres no posterguen el cuidado de su salud, aspecto que se agudiza en contextos de vulnerabilización social donde las emergencias se circunscriben a problemáticas como la vivienda, el empleo, la alimentación, entre otras (Ponce, 2013). Las

referencias también de Soares De Araújo y Miranda Cardoso (2008) advierten que muchos de los programas y modalidades de implementación permanecen descontextualizados, son mecanicistas, sin diálogo con la población y sin atender a las particularidades del lugar. Asimismo, resultan normativos y prescriptivos, dando prioridad a las enfermedades desde un enfoque exclusivamente biológico, descontextualizado de las determinaciones sociales que hacen a los procesos de cuidado.

La propuesta, que inició con la visualización de los spots, habilitó algunas preguntas que se pusieron en consideración respecto a si se consideraban convocadas por las campañas y de qué manera pensaban era abordada la prevención de una enfermedad donde las “mamas”, “tetas”, “senos” ocupaban un lugar a disputar. Las campañas escogidas permitieron problematizar de modo colectivo desde qué sentidos y tramas se ubicaban las “mamas”, “tetas”, “senos”, y se concebía la prevención para considerar el cáncer. La mayoría de las mujeres que asistieron no se sintieron convocadas por las campañas y consideraron que no las representaba ni las motivaba a realizar controles, no era una campaña para “ellas”.

La modalidad taller, si bien en primera instancia supuso la construcción de confianza entre quienes tomaban la palabra, pudo ser repuesta y permitió ir anudando la prevención con otras dimensiones relacionadas con sus experiencias con el sistema de salud, con historias familiares y cercanas frente al cáncer de mama, en el cual también se ubicaban sus *hijxs* y parejas y se consideraba la imagen corporal, entre algunos de los emergentes que podemos reponer.

La dimensión filosófica anclada a la orientación comunicacional implicó reposicionar el cuidado, la prevención como aspecto que interpela las propias experiencias de vida para expropiar el discurso extendido fundamentalmente médico y retornar la prevención y cuidado del cáncer de mama como prácticas colectivas que atraviesan múltiples esferas de la vida de las mujeres. En esta instancia uno de los ejercicios que acompañó la visualización de los

spots fue poder pensar las “tetas”, “senos”, “mamas” en los cuerpos. Con afiches y fibrones, representamos a éstas desde diferentes formas, jugando con los tamaños, formas, modelos de representación. Las les solicitamos con posterioridad que las ubiquen con alfileres sobre sus ropas y cuerpos.

En una primera instancia, éstas se situaron en contacto con las propias, sin embargo, la posicionalidad comenzó a distribuirse de diferente modo a partir del intento por parte de las coordinadoras del taller por problematizarlo desde los sentidos en juego. Trascendiendo la mirada morfológica extendida, como parte delimitada de un cuerpo arquetipo, anatómicamente localizadas, su lugar se tornó movimiento con énfasis en las propias vidas. Los imaginarios e historias como mujeres comenzaron a entrelazarse a sus cotidianidades y contextos, involucrando experiencias o procesos cercanos.

Así visualizamos “tetas” en los pies (para pensar los transitar, los pasos, los lugares visitados), “senos” en la cabeza (para reponer nuestros pensamientos, imaginarios sobre lo que implica un cáncer de mama), en las manos (para considerar e implica el cuidado, como acompañar en experiencias cercanas), en “los ojos” (sobre aquello que visualizamos, que nos pesa en la mirada ante lo que tenemos que mostrar); en múltiples zonas no localizadas (para referir al impacto en todo el ser corporal y vital de las mujeres).

La escena se tornó lúdica y habilitó un círculo de confianza con apertura el diálogo. Consideramos fue un movimiento importante para, por un lado, considerar la integralidad que supone la experiencia de enfermedad y por otro, tornar colectiva una experiencia que desde el paradigma biomédico imperante pareciera sólo asentarse sobre una biología ahistórica y extracorpórea a la vida.

En este proceso, reposicionamos y simbolizamos las prácticas de prevención como acción crítica y reflexiva sobre la vida, una toma de conciencia sobre la propia existencia, así como la capacidad de actuar con autonomía y ejercer el derecho a la salud (Ponce, 2013).

A partir del ejercicio se pusieron en consideración discusiones que anclamos a la perspectiva transversal interseccional y de género. La visualización de los spots permitió identificar modos de representación y expresiones sexistas que operaban en ambos spots y ante los cuales las mujeres expresaron no sentirse identificadas o convocadas para la realización, por ejemplo, de mamografías.

La reducción de las “tetas” a connotaciones eróticas y/o maternales pudo discutirse y situarse como espacio patriarcal hacia la tutela de los cuerpos. Si bien ninguna de las mujeres había transitado la enfermedad, por experiencias de personas cercanas o familiares, veían con preocupación cómo la dimensión “estética” hegemonizaba los discursos y culpabilizaba a las mujeres por no ocuparse de un aspecto vinculado a la sexualidad. Recuperamos en este proceso, desde nuestro rol como comunicadoras, cómo la simbolización patriarcal se solapaba con la práctica de tutelaje en acciones de concientización y cuidado de la salud, limitando su lugar como sujetas de derechos.

A la revisión de estereotipos en los discursos de estas campañas se pusieron en escena otras problemáticas que podemos reconstruir desde los feminismos interseccionales y que repara en las múltiples formas en que puede ser vivida la experiencia de la enfermedad y formas opresivas que puede asumir. Algunas mujeres madres, consideraron que en ocasiones se posterga el cuidado y prácticas preventivas clínicas por las dificultades de encontrar “tiempo” entre el trabajo de cuidado y los empleos que sostienen. Si bien no nos adentramos en discusiones más profundas, pudimos en el ámbito del introducir la incidencia de una economía del cuidado (Rodríguez Enríquez, 2018) y revisar entre quienes participamos las desigualdades como impactos en la salud, por ejemplo, respecto a los tiempos y posibilidades de cuidado.

Vinculado a ello, también desde experiencias cercanas, reparamos en los procesos de enfermedades de larga duración como el cáncer, en procesos de cuidado que también resultan complejos para las mujeres y que son fundamentales para comprender la

adherencia o posibilidades de sostener los circuitos terapéuticos. Ello incluye, por ejemplo, considerar los traslados, los tiempos destinados para los tratamientos, el tipo de trabajo (formal e informal) cuando se posee, las posibilidades de solicitar licencias o seguros médicos o de contar con otros sostenes económicos, pero también frente al cuidado de otras personas que muchas veces las mujeres tienen a su cargo.

Las asistentes al taller tenían en su mayoría acceso al sistema de salud mediante obra social o sistema prepago. Por experiencias cercanas que pudimos reconstruir se evaluaron las diferencias entre los sistemas identificando problemáticas vinculadas a los “tiempos” de espera (para la atención médica, el acceso a cirugías, por ejemplo); a la disponibilidad y acceso a especialistas, a burocracias implicadas que enlenteces los itinerarios como a la falta de trabajo interdisciplinar para el abordaje del cáncer.

El proceso propuso así integrar las vivencias, resignificándolas más allá de la perspectiva hegemónica biomédica para considerar los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado desde las prácticas colectivas que atraviesan de múltiples maneras la vida, reponiendo una reflexividad situada. En ese proceso, el ejercicio de “desbiologización” se constituyó como puerta de entrada para el intercambio de saberes, experiencias y posibilidad de ser interpeladas e integradas a sus cotidianidades. La dinámica de taller permitió identificar experiencias y aspectos que favorecen la construcción de la salud, revalorizar el cuidado integral como parte constitutiva y necesaria en materia de prevención como a lo largo de un proceso de enfermedad, con incidencia en el acceso a diagnósticos, en las posibilidades de atención, terapéuticas.

El taller ha permitido el trabajo intersectorial entre docentes, tomadores de decisión y mujeres en contexto, promoviendo un espacio propicio para la construcción colectiva de prácticas de salud, miradas críticas sobre la salud, las prácticas de prevención y la calidad de vida. Ha sido un modo de repensarnos ante la experiencia del cáncer desde dimensiones interseccionales y reparando en

algunas de las múltiples aristas que participan de la experiencia de enfermedad, deconstruyendo perspectivas ahistóricas de los procesos como así también reposicionando el carácter social que participa en el acceso a la atención, al diagnóstico, a los itinerarios terapéuticos y al cuidado integral.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo del capítulo abordamos el cáncer de mama como una problemática reconocida en el ámbito de la salud pública y que en Argentina es institucionalizada desde 2013 a partir del PNCM. En este decurso, la detección temprana a partir del screening poblacional y mediante la realización de mamografías se asumió como una de las principales estrategias de prevención. Pese a ello, consideramos en consonancia con otros estudios realizados en el país (Ponce, 2013) resulta prioritario repensar los enfoques preventivos, así como considerar la integralidad en el cuidado del cáncer. Se requiere para ello marcos que repongan las experiencias y las determinaciones para el ejercicio del derecho a la salud.

Con este afán, hemos diseñado un taller en el marco de un proyecto de extensión universitaria vinculado a tecnologías sanitarias vinculadas al diagnóstico cáncer de mama. La experiencia se desplegó desde una metodología participativa atenta al rol político de las universidades como parte del entramado socio-territorial desde la perspectiva de la *Atención Integral para la Salud y el Bien Vivir* (Feo, et. al., 2023). La etnografía colaborativa operó como marco teórico-epistémico para el fomento de diálogos vinculados a la prevención y el cuidado integral del cáncer de mama. Se reconoce que la concientización en la comunidad sobre el cáncer de mama, la confianza en el sistema y el acceso al sistema sanitario es un aspecto poco abordado, difícil de medir (Gomez-Abuin, et. al., 2025) y que en ocasiones ocupa un lugar subsidiario a la hora de pensar las prácticas y el proceso de cuidado desde el amplio espectro de prácticas que involucra. Por ello, involucrar a la comunidad y

repolitizar las experiencias es prioritario para pensar una salud con enfoques integrales e intersectoriales promotoras de accesibilidad para las mujeres. La sistematización presentada desde los presupuestos éticos, epistémicos y políticos que propone la Salud Colectiva nos permite situarla como práctica de extensión bajo una intención transformadora (Jara, 2019) así como multiplicadora en su afán de inspirar otras acciones de promoción de la salud.

El taller se ha constituido como espacio primario de intercambio con posibilidades de extenderse hacia la contención, el acompañamiento y el despliegue de estrategias que atiendan al carácter complejo y social de los cuidados y el derecho a la salud. Ello nos interpela a repensar estrategias que sean respetuosas de las identidades, diversidades de género, corporales y culturales; nos ubique como sujetos de cuidado; promueva la educación y las prácticas de bienestar; sea inclusiva respecto a los saberes, deseos, agencias y prácticas colectivas en el reconocimiento de la autonomía relacional y el ejercicio de la ciudadanía. Supone a su vez, favorecer una “cultura de cuidados multinivel” donde se reconozca la responsabilidad de los aparatos del Estado y del Estado mismo en la materialización institucional de acciones encaminadas al cuidado de la salud de las mujeres y considere el autocuidado como instancia política participante y productora de salud.

REFERENCIAS

- Agencia Lowe Porta (Productores) (2012) *Por amor a las tetas* (Spot publicitario). Chile. Disponible en <http://www.poramoralas tetas.cl/>
- Aizcorbe, J. (2022) Evaluación de tecnologías sanitarias de diagnóstico del cáncer de mama desde una perspectiva de derechos. INEXA. 2 y 3 de noviembre de 2022, Paraná (Entre Ríos – Argentina).

- Almeida, G.; Artaza, O.; Donoso, N.; Fábrega, R. (2018) La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev. Panam. Salud Pública*, 42.
- Anzorena, C. (2024) La integralidad de la salud-derechos sexuales y reproductivos como desafío para la salud colectiva. Reflexiones feministas desde el sur del Sur (Argentina – 2023). En Villasana, Pedro; Casas Patiño, Donovan; Quintana Adrián, Juan Vicente (Org.) (2024) *Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI*. São Carlos: Pedro & João Editores.
- Arango Panesso, Y. (2008) Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100017&lng=es&tlng=es.
- Ayala, N.; Barchuk, S.; Inurrigarro, G.; Celano, C.; Soriano-García, J. L.; Bolaños, P.; Mohs-Alfaro, M.; Tapia-González, H.; Perez-Martinez, R.; Samtani, S.; Alvarado-Cabrero, I.; Villarreal-Garza, C.; Tamez-Salazar, J.; Magallanes-Garza, G.; Vazquez, D.; Castro, J.; Gómez-Macías, G.; Ferrigno, A.; Morante, Z.; Vilchez, S.; Cotrina, M. ; Doimi, F.; Santander, G.; Acevedo, C.; Ortega, V.; Lavista, F.; Richter, L.; Gianella, M.; Paredes, M.; Flores-Balcázar, C.; Pinto, J.; Gomez, H. (2023) Status of breast cancer in Latin American: Results of the breast cancer revealed initiative Critical Reviews in Oncology/Hematology. Vol. 181. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103890>
- Báceres, M.V.; Díaz, N. (2020) Narrar la experiencia: procesos de registro en las prácticas de extensión universitaria. +E: *Revista De Extensión Universitaria*, 10, e0013. <https://doi.org/10.14409/extension.2020.13.Jul-Dic.e0013>
- Baena, A., Paolino, M., Villarreal-Garza, C., Torres, G., Delgado, L., Ruiz, R., Canelo-Aybar, C., Song, Y., Feliu, A., Maza, M., Jeronimo, J., Espina, C., & Almonte, M. (2023). Latin America and

- the Caribbean Code Against Cancer 1st Edition: Medical interventions including hormone replacement therapy and cancer screening. *Cancer epidemiology*, 86 Suppl 1, 102446. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2023.102446>
- Blesio, H. (2020). Mesa de Trabajo Intersectorial en Salud de Santa Fe: una estrategia de participación colectiva para la prevención del dengue. +E: Revista de Extensión Universitaria, 10, 1-15. doi: 10.14409/extension.2020.12.Ene-Jun.9090
- Breilh, J. (2010) Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En Passos Nogueira, R. (ed.) Determinação social da saúde e reforma sanitária. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010. 200 p. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Busquier, L.; Yáñez-Lagos, L.; Parra, F. (2021) Dilemas críticos sobre la interseccionalidad epistemologías críticas, raíces histórico-políticas y articulaciones posibles. Polyphönia. Revista de Educación Inclusiva. Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva de Chile. Vol. 5, N°2, pp. 17-37.
- Cueto, M. (2004). The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. American Journal of Public Health | November 2004, Vol 94, No. 11. Disponible: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LP4vwWDvTQFssrNFXKMwChh/#ModalTutors>
- Czeresnia D. (2008) El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Czeresnia D.; Freitas C.M. (comp.) Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar editorial. Pp. 1-9.
- De Ortúzar, M.; Arpini, A. (2021). Presentación del dossier: Ética, ciencia y política sanitaria. Aportes filosóficos y transdisciplinarios para una transformación del sistema de salud. Resistances. Journal of the Philosophy of History, 2 (3), e21053.

En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.12717/pr.12717.pdf

Di Sibio, Alejandro (2018) “Efectividad del tamizaje mamográfico en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama”. INC. <http://www.msal.gov.ar/inc/recursos-de-comunicacion/efectividad-del-tamizajemamografico-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-por-cancer-de-mama/>

Feo Istúriz, Oscar; Basile, Gonzalo; Maizlish, Neil (2023) Rethinking and Decolonizing Theories, Policies, and Practice of Health from the Global South. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services* 0/0. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37697724/>

Gómez, R. (2010) Atención primaria de la salud y políticas públicas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 28, N°3, pp. 283-293.

INC (2019) Cáncer de mama. Dossier de Prensa. Octubre, 2019.

Iummato, L. (2019) Saber experto, intereses y políticas de salud: el del Programa Nacional de Cáncer de Mama (PNCM). [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

Jara, O. (2019). ¿Por qué y para qué sistematizar las experiencias de extensión universitaria? +E: Revista de Extensión Universitaria, 9(11), 3-9. doi: 10.14409/extension.v9i11.Jul-Dic.867

Katzer, L., Álvarez Veinguer, A., Dietz, G., y Segovia, Y. (2022). Puntos de Partida. Etnografías colaborativas y comprometidas. *Tabula Rasa*, (43), 11-28. <https://doi.org/10.25058/20112742.n43.01>

Katzer Molina, L; Álvarez Veinguer, A. (2022). Formas comunes y artesanales de la etnografía colaborativa. *Tabula Rasa*, (43), 97-123. <https://doi.org/10.25058/20112742.n43.05>

Martínez Reyes, C.R.; García Gualda, S. M. (2024) Somos territorio: análisis situado de La “Juntanza” como forma de cuidado

- comunitario para la prevención de violencias, implementado en el municipio de Bello (Colombia) Vol. 5 No. 14, e240310
- Menéndez, E. L. (1998) Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, N°51.
- Pesce, M. V.; Robles, N.; Di Sibio, A. (2023) Manual Programático de Navegación para pacientes en Cáncer de Mama. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.
- Ponce M. (2013) La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud colectiva*, 9(2):215-233.
- Quintana, J. V.; Casas Patiño, D.; Ramos Rodríguez, M. R.; Rodríguez Torres, A. (2025) Perspectivas de la salud colectiva sobre el impacto de los microplásticos en la interconexión sociedad – naturaleza. *Revista Ecologías Humanas*, v. 11, n. 14, p.114-142.
- Rodríguez Enríquez, C. (2018) Economía del cuidado y desigualdad en América Latina: avances recientes y desafíos pendientes. En *Economía Feminista. Desafíos, propuestas, alianzas* (pp. 133-156) Buenos Aires: Madreselva.
- Rodríguez Roura SC, Cabrera Reyes L de la C, Calero Yera E. (2018) La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Humanid. méd.*; 18(2):384-40. Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1302>
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate Rio de Janeiro*, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012. Disponible: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/327-342/es>

- Rubinstein A, Zerbino MC, Cejas C, López A. Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform. *Health Systems & Reform*. 2018 Jul 3;4(3):203–13
- Rydel, D. (2020) A propósito de una experiencia de extensión universitaria en promoción de salud desde la Psicología en el ámbito educativo. +E: *Revista De Extensión Universitaria*, 10, e0021. <https://doi.org/10.14409/extension.2020.13.Jul-Dic.e0021>
- Soares de Araújo, I.; Miranda Cardoso, J. (2008) Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista. En Pinheiro, R.; Araujo, R. de Mattos Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, pp. 61-78.
- Monteiro Henriques, R. L.; Pinheiro, R. (2008) Responsabilidade pública e extensão universitária. En Pinheiro, R.; Araujo, R. de Mattos Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, pp. 41-59.
- Subedi, R.; Houssami, N.; Nickson, C.; Nepal, A.; Campbell, D.; David, M.; Qin Yu, X. (2024) Factors influencing the time to diagnosis and treatment of breast cancer among women in low- and middle-income countries: A systematic review. *The Breast* 75, 103714 <https://doi.org/10.1016/j.breast.2024.103714>
- Sudamericana Hoy* (2012) “Por amor a las tetas”, el vídeo de la polémica en Chile. 3 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.sudamericahoy.com/pais-chile/por-amor-a-las-tetas-el-video-de-la-polemica-en-chile/>
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.*;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660.

- Union for International Cancer Control (UICC) (2020) Cómo enfrentar la creciente carga del cáncer en Argentina: desafíos y oportunidades. Un análisis del sistema de salud y las políticas de control de cáncer de Argentina. Control del Cáncer en América Latina (ICCI-LA). Disponible en: <https://www.uicc.org/resources/como-enfrentar-la-creciente-carga-del-cancer-en-argentina-desafios-y-oportunidades>
- Univisión (2014) “Firma una teta”, la campaña contra el cáncer de mama que revoluciona las redes sociales. 24 de abril de 2014 Disponible en: <https://www.univision.com/noticias/noticias-de-latinoamerica/firma-una-teta-la-campana-contra-el-cancer-de-mama-que-revoluciona-las-redes-sociales>
- Valencia, D.; Granda, P.; Pesce, V.; Di Sibio, A.; Soliman, A.; Gómez, J.; Ramos, I.; Gallardo, P. (2022) Argentina’s National Program for Control of Breast Cancer: time 1, patient navigation, and patient cancer education experience. *Journal of Cancer Education*, 37:1669–1676. <https://doi.org/10.1007/s13187-021-02011-4>
- Villasana López, P. Monteverde Sánchez, A. Felipe Vergara Lasnibat, F. (2022) Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 – 2021). *Revista de Filosofía* Vol. 39, N°100, 2022-1, (Ene-Abr) pp. 378 - 397 Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela ISSN: 0798-1171 / e-ISSN: 2477-9598.
- Viniegra, María; Paolino, Melisa; Arrossi, Silvina; Viniegra, María (2010) Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. *Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- World Health Organization. (2014) WHO Position Paper on Mammography Screening. Disponible en: www.paho.org/cáncer



Leila Martina Passerino

<https://orcid.org/0000-0002-2343-3445>

Licenciada en Comunicación Social (FCEDU-UNER). Doctora en Ciencias Sociales (FCS-UBA). Estancia Posdoctoral en Salud Colectiva, Universidad de Los Lagos. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Nacional de Rafaela en (CSyH-UNRaf). Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Coordina en la línea “Salud, cuidados y derechos” perteneciente al Grupo de Trabajo “Género, cultura y sociedad” en el CIT Rafaela (UNRaf-CONICET). Sus principales líneas de investigación se vinculan a procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados; experiencias de mujeres con cáncer de mama; estudios de géneros y sexualidades; ciudadanía y derechos sexuales; accesibilidad a salud sexual.



Alejandra Rodríguez Torres

<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Posdoctora en Antropología Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Sociología de la Salud, Especialista en Medicina Familiar, Profesora de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Miembro fundador de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural. Coordinadora del posdoctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Línea de Generación del Conocimiento: Territorios y Violencias estructurales en salud.

**SABERES QUE ANDAN EL TERRITORIO: DE LA ESCUELA
VENEZOLANA DE MEDICINA SOCIAL A LA PRAXIS
TRANSFORMADORA DE LOS NUEVOS ESPECIALISTAS CLÍNICOS**

Emmanuel J. Tovar H.

Juan Vicente III Quintana Adrián

Pedro R. Alcalá A.

Yelitza A. Ledezma V.

Donovan Casas Patiño

RESUMEN

Este capítulo sistematiza la experiencia formativa en Salud Colectiva y Buen Vivir I y II, impartida por la Universidad de Ciencias de la Salud (Núcleo Aragua) en los hospitales Militar Elbano Paredes Vivas y Dr. José María Vargas, dirigida a residentes de especialidades clínicas. Ante la prevalencia del modelo médico hegemónico, se propone una ruptura epistemológica para formar especialistas como actores político-éticos capaces de incidir en los determinantes sociales de la salud. Metodológicamente, el caso clínico se transforma en dispositivo de análisis crítico y praxis transformadora. Se resignifica el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) desde la pedagogía crítica latinoamericana (Freire, Fals Borda, Mejía), El educador neocolonizado (Bigott) y las epistemologías del Sur (Santos), incorporando la epidemiología crítica (Breilh) y el análisis de coyuntura (Zemelman). La aplicación práctica incluye casos como Enfermedad Renal Crónica en jornaleros, incendios en el Parque Nacional Henri Pittier y dengue. Como resultado, los residentes elaboraron mapas de determinación social, matrices de procesos críticos y planes estratégicos para Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC). La praxis se articula en tres niveles: personal-comunitario, organizativo-institucional y político-civilizatorio. Finalmente, se rescata el legado de la medicina social venezolana

(Gabaldón, Baldó, Convit, entre otros) como tradición viva que "anda el territorio", actualizándola frente a la crisis civilizatoria para formar especialistas que curan cuerpos mientras transforman condiciones estructurales para el Buen Vivir.

Palabras clave: Medicina Social, Salud Colectiva, Buen Vivir, Aprendizaje Basado en Problemas.

1. INTRODUCCIÓN: LA ENCRUCIJADA DEL ESPECIALISTA

La formación de especialistas clínicos en Venezuela ha estado históricamente anclada en un paradigma de salud pública tradicional, de corte biologicista y hospitalocéntrico, con enfoque tecnicista. Este modelo, si bien ha forjado técnicamente competentes profesionales, ha tendido a formar médicos cuya mirada se limita al cuerpo enfermo, fragmentando la atención y desvinculándola de las condiciones de vida, el territorio y las luchas sociales que determinan los procesos de salud-enfermedad. El resultado es un profesional eficaz en la curación de la enfermedad aguda, pero a menudo ajeno a su rol como actor político capaz de incidir en los determinantes sociales y de contribuir a la soberanía sanitaria del país.

Frente a esta realidad, la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" (UCS), en sus Programas Nacionales de Formación Avanzada (PNFA) para especialidades clínicas, ha planteado una ruptura epistemológica y pedagógica. A través de las unidades curriculares de Salud Colectiva y Buen Vivir I y II, se busca transformar la mirada del especialista, formándolo no solo como un clínico de excelencia, sino como un sujeto ético-político, un agente de cambio enraizado en su territorio, capaz de articular su saber técnico con la organización popular y la lucha por el derecho a la salud.

Este capítulo sistematiza una experiencia formativa singular desarrollada en el Hospital Dr. José María Vargas y Hospital Militar Elbano Paredes Vivas, dentro de la clasificación de hospitales tipo I y tipo III respectivamente, que concentran la práctica clínica de

residentes de diversas especialidades (traumatología, cirugía, anestesiología, medicina interna, pediatría, ginecología, entre otras). El desafío es mayúsculo: ¿cómo formar en salud colectiva a profesionales cuya praxis cotidiana es absolutamente clínica y curativa? La respuesta se ha construido desde una estrategia pedagógica que toma como punto de partida su propio lenguaje y práctica, el caso clínico, para transformarlo en un dispositivo de análisis de la realidad, un espacio de "interconsulta" multidisciplinaria y, sobre todo, una herramienta para la praxis transformadora.

Al sumergirnos en esa experiencia, analizaremos cómo la formación en salud colectiva se convierte en un puente que conecta la tradición de la medicina social venezolana, cuyos máximos exponentes conformaron una verdadera escuela de pensamiento y acción, con las urgencias del presente, donde la crisis civilizatoria exige nuevas formas de organización y cuidado. Veremos cómo el legado de aquellos pioneros que anduvieron el territorio, que llevaron la salud a los rincones más remotos enfrentando las enfermedades de la pobreza, resurge con nueva potencia en la formación de especialistas que ahora deben ver en cada comunidad un territorio-sujeto y en cada paciente un llamado a la acción política.

2. MARCO DE REFERENCIA: SALUD COLECTIVA Y BUEN VIVIR COMO EJE DE FORMACIÓN AVANZADA

La apuesta de la UCS se fundamenta en la necesidad de superar la fragmentación y el reduccionismo del modelo de salud hegemónico, entendiendo por este aquel paradigma dominante en la formación médica que, como lo caracterizó Menéndez (1988), se distingue por su biologización (reduce la salud a lo orgánico), su practicocentrismo (prioriza la intervención técnica sobre la comprensión integral), su verticalidad (relación asimétrica médico-paciente) y su fragmentación (separa cuerpo, psique y contexto social).

Para ello, en una guía metodológica, Melo y Ramos (2026) estructuran una propuesta orientadora de una praxis pedagógica soberana del docente, en la cual estas dos unidades curriculares operan de manera complementaria y dialéctica, ancladas en un marco legal y político que incluye la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica del Plan de la Patria 2025-2030 y sus 7 Transformaciones, y los Lineamientos Rectores de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) y las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), desde donde los autores proponen prácticas educativas flexibles que los docentes pueden desarrollar en el aula o en espacios virtualizados, adecuando casos, reorganizando contenidos y ajustando tareas según su contexto territorial específico.

Salud Colectiva y Buen Vivir I sienta las bases para una transformación paradigmática. En ella se abordan las tensiones con la salud pública tradicional y el marco legal venezolano, se discute el impacto de la crisis civilizatoria sobre la vida y la salud, y se exploran modelos civilizatorios alternativos como el Buen Vivir (Sumak Kawsay). Un tema central es la deconstrucción del pensamiento hegemónico y del Modelo Médico Hegemónico (MMH), caracterizado por su biologización, practiocentrismo, verticalidad y fragmentación (Menéndez, 1988). Este curso busca sembrar en los residentes la motivación para trascender la práctica curativa y asumir una mirada más integral y vinculada con la transformación social.

Salud Colectiva y Buen Vivir II profundiza en la herramienta analítica fundamental para esa transformación: la epidemiología crítica. Se plantea como un contrapunto a la epidemiología clásica, que se limita a describir "factores de riesgo" inmersos en "Determinantes sociales de la salud". Los factores de riesgo refieren a atributos o exposiciones individuales (como el consumo de tabaco o la hipertensión) asociados estadísticamente a enfermedades, pero que tienden a individualizar y deshistorizar los procesos de salud-enfermedad. Los determinantes sociales de la salud, por su parte,

amplían la mirada hacia condiciones como ingresos, educación o vivienda, aunque desde una perspectiva que suele mantener una lógica de causalidad lineal y no cuestionar las relaciones estructurales de poder que producen desigualdades en salud.

En cambio, la epidemiología crítica, a partir de las contribuciones de autores como Jaime Breilh (2023), introduce 5 categorías entre las que destaca la categoría de determinación social de la salud, que nos obliga a analizar cómo los procesos históricos y estructurales del modelo civilizatorio (plano general) se materializan en los modos de vida de los grupos sociales (plano particular) y se encarnan finalmente en los cuerpos y subjetividades individuales (plano singular). Esta mirada compleja permite comprender que enfermedades como la insuficiencia renal crónica no son "naturales" o fruto de "malas elecciones", sino el resultado de la subsunción de procesos sociales injustos, como un modelo agroexportador que contamina el agua y precariza el trabajo.

El horizonte de esta formación no es solo conceptual, sino ético-político: que el especialista se reconozca como un actor político del cambio, es decir como un sujeto con la capacidad de trascender su rol técnico-asistencial y situarse como sujeto activo en la transformación de las condiciones estructurales que determinan los procesos de salud-enfermedad en el territorio, articulando su saber con la organización popular y la incidencia en políticas públicas.

No se trata de repetir la experiencia del médico recién egresado, como la realización de su artículo 8 al final de la carrera o el año obligatorio de servicio en zonas rurales y periféricas, ni de reducirse a tareas rutinarias como dispensarizaciones o análisis de situación de salud. Se trata de potenciar, desde su posición actual como especialista, un nuevo tipo de liderazgo que le permita mayor capacidad de incidencia y transformación. Sus conocimientos y experiencias hoy son cualitativamente distintos a los que posea cuando egresó como médico general; ahora tiene una especialidad, y con ella, nuevas responsabilidades y posibilidades de acción estratégica.

3. CONTEXTO Y SUJETOS: LA PRAXIS CLÍNICA EN UN HOSPITAL TIPO III

El espacio donde se desarrolla esta experiencia es el Hospital Militar Elbano Paredes Vivas, un centro de alta complejidad (tipo III) y el Hospital Dr. José María Vargas (Hospital tipo I) donde la vida de los residentes transcurre entre quirófanos, salas de internación y emergencias. Los sujetos de esta formación son residentes de especialidades clínicas como traumatología, cirugía, anestesiología, medicina interna, pediatría, nefrología y ginecología. Su cotidianidad es la de la alta especialización y la resolución de la urgencia.

El gran desafío era, entonces, cómo hacer resonar los conceptos de "determinación social" y "buen vivir" en un espacio dominado por la lógica curativa. La respuesta fue, precisamente, partir de esa lógica. Se tomó el elemento central de su formación, "el caso clínico", y se transformó en un dispositivo pedagógico. Pero el espacio académico no se limitó a ser un aula, se concibió como un espacio de interconsulta y diálogo de saberes donde, por primera vez, residentes de distintas especialidades, que normalmente operan en silos, se encuentran para discutir un problema común.

La riqueza se multiplica al contar con un equipo docente multidisciplinario que no se limita a médicos. Sociólogos, enfermeras, educadores populares e ingenieros se suman a la discusión, enriqueciendo el análisis con perspectivas que trascienden lo clínico. Así, un caso de asma en pediatría no solo se discute desde la fisiopatología, sino desde la contaminación ambiental, la precariedad energética que impide el uso de nebulizadores, el cuidado humano e integral y la organización comunitaria para exigir un ambiente sano.

Esta metodología se ancla en el análisis de coyuntura. Como lo desarrolla Zemelman (1987), el análisis de coyuntura es una herramienta metodológica que permite leer el presente como un espacio de apertura histórica, donde se articulan las determinaciones estructurales con la capacidad de acción de los

sujetos sociales, recuperando así la politicidad de los acontecimientos. Como lo ejemplifica la discusión sobre los recientes incendios del Parque Nacional Henri Pittier en marzo de 2026, el caso se discute no en abstracto, sino en el contexto territorial y temporal concreto. Fuente: Ultimahoraven (2025), Instagram. Disponible en: <https://www.instagram.com/p/DVvbC8UjgIV/>.

El humo que descendió sobre Maracay, saturando las consultas por infecciones respiratorias agudas, no fue un fenómeno aislado; fue la expresión de una ruptura del metabolismo sociedad-naturaleza, de un modelo que convierte el bosque en zona de sacrificio. Hacer esta discusión en otro momento o en otra región del país no tendría el mismo sentido; la coyuntura territorial imprime un significado único al aprendizaje, haciendo que sea situado, relevante y políticamente significativo.

4. ESTRATEGIA PEDAGÓGICA: EL CASO CLÍNICO COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMACIÓN

La estrategia pedagógica se estructura en torno a una pregunta central que guía todo el proceso: ¿cómo transformar el dato clínico en evidencia política y acción transformadora? Este enfoque se materializa en una serie de actividades y productos intelectuales que guían a los residentes a través de un proceso de aprendizaje dialéctico. Se sustenta en el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), desarrollado originalmente por Howard S. Barrows (1980) en el contexto de la educación médica para formar profesionales resolutivos mediante problemas reales, y cuyos fundamentos filosóficos provienen de John Dewey (aprendizaje experiencial), Jerome Bruner (aprendizaje por descubrimiento) y el constructivismo de Piaget y Vygotsky.

El aprendizaje experiencial, propuesto por John Dewey (1938), sostiene que el conocimiento se construye a partir de la experiencia concreta y la reflexión sobre ella; el aprendizaje por descubrimiento,

desarrollado por Jerome Bruner (1961), enfatiza que los estudiantes construyen activamente el conocimiento mediante la exploración autónoma; mientras que el constructivismo cognitivo de Jean Piaget (1954) y el socioconstructivismo de Lev Vygotsky (1978) postulan, respectivamente, que el conocimiento se edifica a través de la asimilación y acomodación de nuevas experiencias y mediante la interacción social en zonas de desarrollo próximo.

Sin embargo, en esta experiencia formativa el ABP se resignifica radicalmente desde la pedagogía crítica latinoamericana: se convierte en un ABP "otro", politizado y descolonizado, que dialoga directamente con la educación liberadora de Paulo Freire (educación problematizadora y concientización), la Investigación-Acción Participativa (IAP) de Orlando Fals Borda, las epistemologías del Sur de Boaventura de Sousa Santos, las cartografías de pedagogías críticas desde el Sur de Marco Raúl Mejía y la pedagogía de la desneocolonización expuesta en El educador neocolonizado de Luis Bigott.

La Investigación-Acción Participativa, desarrollada por Orlando Fals Borda (1970), propone un enfoque metodológico que integra la producción de conocimiento con la acción transformadora, reconociendo a las comunidades como sujetos activos del proceso investigativo. Las epistemologías del Sur, formuladas por Boaventura de Sousa Santos (2009), abogan por el reconocimiento de saberes no hegemónicos que han sido históricamente subalternizados, promoviendo el diálogo horizontal entre distintas formas de conocimiento.

Las cartografías de pedagogías críticas desde el Sur, trabajadas por Marco Raúl Mejía (2015), ofrecen herramientas para mapear prácticas educativas emancipatorias situadas en contextos latinoamericanos. La pedagogía de la desneocolonización, impulsada por Luis Bigott (2010) en su obra El educador neocolonizado, plantea la necesidad de desaprender los patrones culturales coloniales que subyacen a las prácticas educativas convencionales. El caso clínico deja de ser un ejercicio técnico-

individual para transformarse en un dispositivo político-epistémico que conecta la clínica con el territorio, la determinación social de la salud y la lucha por el Buen Vivir.

ANÁLISIS DE CASOS CON HERRAMIENTAS EPIDEMIOLÓGICAS CRÍTICAS

Los residentes analizan casos-problema complejos sin causa única, como el paradigmático caso de "Los riñones del agronegocio": un jornalero agrícola con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Desde la epidemiología crítica de Jaime Breilh, construyen un "Mapa de la Determinación Social" que visualiza los tres niveles (general: modelo agroexportador; particular: modo de vida; singular: cuerpo intoxicado) y los ejes de desigualdad (clase, género, territorio, etnia).

Aquí el ABP barrowsiano se freireaniza: el problema se convierte en tema generador para la concientización; se falsbordaniza mediante IAP (validación de saberes comunitarios en el mapeo); y se boaventuriza con ecología de saberes que supera el epistemicidio. La ecología de saberes, concepto central de Boaventura de Sousa Santos (2009), es una invitación epistemológica a reconocer la coexistencia de múltiples formas de conocimiento, científico, popular, tradicional, campesino, indígena, en condiciones de diálogo horizontal, rechazando la jerarquía que sitúa al saber académico como único válido.

El epistemicidio, término acuñado también por Santos (2009), refiere al proceso histórico de destrucción, invisibilización y deslegitimación de los saberes no occidentales ejercido por la modernidad colonial, que impuso el conocimiento científico como el único legítimo, anulando otras formas de comprensión del mundo. El producto intelectual ya no es un diagnóstico clínico, sino un análisis de cómo el modo de producción se encarna en el cuerpo, pasando de la "vulnerabilidad individual" liberal a la fragilidad sistémica (Mejía y Bigott).

DE LA VIGILANCIA CONVENCIONAL AL MONITOREO PARTICIPATIVO

En estos encuentros se analizan casos donde falla la vigilancia tradicional, como "La crisis de acceso en el municipio sanitario". Los residentes contrastan la vigilancia pasiva con un monitoreo crítico estratégico participativo, categoría desarrollada por Breilh (2003) que designa un enfoque de vigilancia en salud donde la comunidad deja de ser objeto de observación para convertirse en sujeto activo: co-genera datos, analiza procesos críticos, toma decisiones y ejerce control social sobre las acciones de salud, en contraposición a los modelos verticales de vigilancia epidemiológica convencional donde la comunidad es co-generadora de datos y exigente de soluciones. Este paso radicaliza el ABP con la educación popular freireana (diálogo horizontal), la IAP de Fals Borda (conocimiento colectivo) y la justicia cognitiva de Boaventura. El producto es una "Matriz de Procesos Críticos" que identifica procesos protectores/nocivos y propone acciones colectivas de control social.

PROPUESTAS DE GESTIÓN TRANSFORMADORA EN EL TERRITORIO

Los residentes actúan como planificadores y articuladores. A partir de casos como "La transformación pendiente de la Parroquia El Porvenir", elaboran un "Plan Estratégico de Salud Integral para el Área de Salud Integral Comunitaria" usando la Planificación Estratégica Situacional (PES, Matus -1980) resignificada desde el Buen Vivir y la educación popular. El instrumento incluye objetivos estratégicos, líneas de acción, actores corresponsables e indicadores. Aquí el ABP dialoga con la praxis freireana (reflexión-acción) y las pedagogías críticas del Sur de Mejía.

EL TERRITORIO COMO SUJETO

El taller de "Cartografía Social del Daño" consolida todo el proceso. Esta herramienta metodológica, inspirada en la tradición de

la Investigación-Acción Participativa y en las geografías críticas, consiste en la elaboración colectiva de mapas que visibilizan los procesos de salud-enfermedad en un territorio, identificando daños ambientales, sociales y sanitarios, así como actores, conflictos y potencialidades de acción comunitaria.

Los residentes diseñan flujogramas de referencia/contrarreferencia que incluyen actores comunitarios y misiones sociales, visibilizando obstáculos territoriales y convirtiendo el hospital en "nodo emisor de alertas" para la acción colectiva. Esta cartografía territorializa el ABP con el pensamiento fronterizo de Mejía y Boaventura, la IAP de Fals Borda y la desneocolonización del ser planteada por Bigott en El educador neocolonizado, haciendo del caso clínico un verdadero dispositivo de re-existencia y soberanía sanitaria.

En síntesis, esta estrategia no importa el ABP de Barrows de forma acrítica: lo descoloniza y lo politiza desde la tradición venezolana de medicina social y los referentes críticos latinoamericanos. El caso clínico se transforma en un tema generador freireano que activa concientización, participación (Fals Borda), diálogo de saberes (Boaventura), pedagogías críticas del Sur (Mejía) y el educador descolonizado (Bigott), formando especialistas que curan cuerpos mientras transforman territorios y construyen Buen Vivir.

5. LA PRAXIS TRANSFORMADORA DEL ESPECIALISTA: UNA PROPUESTA DE ARTICULACIÓN EN TRES NIVELES

El horizonte de esta formación es que el especialista se mire a sí mismo como un actor político del cambio, capaz de articular su rol técnico con acciones en el territorio. Esta praxis se organiza en tres niveles de articulación, como se ha desarrollado en las actividades de la unidad curricular y en las propuestas generadas por los propios residentes.

NIVEL 1: PERSONAL-COMUNITARIO (LA CONSULTA COMO TERRITORIO)

En este nivel, el especialista transforma su práctica asistencial. La anamnesis ya no se limita a la historia clínica tradicional; se convierte en un mapeo territorial. Al atender a un paciente con asma, el residente indaga sobre el agua que consume, la calidad del aire en su barrio, la estabilidad de su vivienda en temporada de lluvias. Esta información no es anecdótica, sino el insumo para una educación popular en la consulta, donde se comparten saberes sobre prevención, se entregan materiales educativos y se activa la conexión con el Comité de Salud del sector.

Un ejemplo concreto de este nivel es la propuesta de las "Brigadas Infantiles de Vigilancia" surgida del caso de Andrés García, un niño de 7 años con dengue grave en el Barrio Pedregal. Los residentes diseñaron un mecanismo donde el dato clínico del niño no solo activa el tratamiento, sino que impulsa una jornada comunitaria de eliminación de criaderos, la activación del Comité de Salud para el mapeo de tanques contaminados, y la exigencia al Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) de un plan de fumigación focalizada. La consulta se convierte así en el punto de partida de una acción colectiva. Siendo el (ASIC) Espacio geográfico y social donde se articulan los servicios de salud con la participación comunitaria, instituciones del gabinete social, el Poder Popular y las redes de atención y de cuidado integral a la salud.

NIVEL 2: ORGANIZATIVO-INSTITUCIONAL (EL HOSPITAL COMO NODO DE ARTICULACIÓN)

Aquí, el especialista utiliza su posición en el hospital para convertirlo en un centro de información y articulación con el Estado y el Poder Popular. Ya no es solo un receptor de pacientes, sino un emisor de alertas. La propuesta de crear "Equipos Comunitarios de Vigilancia Climática y Sanitaria" es un ejemplo claro.

Cuando el servicio de pediatría detecta un aumento del 40% en infecciones respiratorias agudas (IRA) durante los incendios del Henri Pittier, no solo trata los casos, sino que activa un protocolo que informa al Comité de Salud y a las Guardias Territoriales del ASIC. Estos, a su vez, convocan a la Mesa Territorial de Salud y Ambiente para exigir al Gabinete Social (Misión Alimentación, Misión Cultura, Misión Madres del Barrio) acciones de apoyo a las familias afectadas y una política de prevención de incendios.

Las Redes de Atención Comunal de Salud (RACS), modelo organizativo del sistema público venezolano que articula los servicios de salud con la participación comunitaria, la intersectorialidad y el trabajo territorial en las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), constituyen el entramado institucional que hace posible esta articulación. El hospital se convierte así en un nodo que conecta la clínica con la política, cumpliendo con el mandato constitucional de participación protagónica (Art. 84 CRBV).

NIVEL 3: POLÍTICO-CIVILIZATORIO (EL ESPECIALISTA COMO ABOGADO POLÍTICO DE LA SALUD)

En este nivel, el especialista asume un rol activo en la incidencia de políticas públicas. La información clínica y territorial acumulada se utiliza como evidencia para exigir derechos. Las propuestas de los residentes apuntan a acciones estructurales: la creación de un presupuesto participativo en el ASIC para drenajes comunitarios y tanques seguros; la exigencia de una Ley de Ordenamiento Territorial que prohíba la construcción en zonas de alto riesgo; la implementación de protocolos de reubicación preventiva para familias en laderas.

Un ejemplo de este nivel es la propuesta surgida del caso de José Rangel, un brigadista de Protección Civil lesionado por un deslave. Los residentes diseñaron un "Protocolo de Reubicación Preventiva" que establece que cada vez que el hospital atienda a un rescatista lesionado en una ladera, se activa de inmediato un mapa

comunitario de viviendas en riesgo, se coordina con Protección Civil y se exige al Ministerio de Vivienda y a la Alcaldía la reubicación prioritaria con presupuesto del ASIC. Al hacer esto, el especialista trasciende su rol técnico y se convierte en un abogado político de la salud, utilizando su conocimiento para contribuir a la soberanía sanitaria y la justicia social.

6. EL LEGADO PLURAL DE LA MEDICINA SOCIAL VENEZOLANA: UNA TRADICIÓN QUE ANDUVO EL TERRITORIO

En este punto, es fundamental reconocer que la sensibilidad social y comunitaria que hoy muestran los residentes no surge de la nada. Responde a un legado histórico plural de la medicina social venezolana que, aunque a menudo no se menciona con la fuerza que merece, constituye una base cultural y ética de gran potencia. No se trata de una herencia unívoca, sino de una constelación de saberes y prácticas que durante el siglo XX convirtieron a Venezuela en un referente de la salud pública en América Latina.

EL COMBATE A LAS ENFERMEDADES DE LA POBREZA: UNA HAZAÑA COLECTIVA

En la primera mitad del siglo XX, un conjunto de médicos, epidemiólogos y científicos asumió el reto de enfrentar las enfermedades que diezmaban a la población más vulnerable. Arnoldo Gabaldón lideró la campaña antimalárica con un enfoque ecológico y territorial sin precedentes, demostrando que para eliminar el paludismo había que transformar el ambiente, no solo tratar a los enfermos (Briceño-León, 2011). Su trabajo no fue solitario: se apoyó en una red de malariólogos, inspectores sanitarios y brigadas que recorrieron el país. Gabaldón entendió que la salud era un problema de ordenamiento territorial, de infraestructura y de lucha contra la pobreza (Briceño-León, 2011).

José Ignacio Baldó Soulés fue un médico venezolano que dedicó su vida a la salud pública, especialmente a llevar atención a zonas rurales y apartadas (López de Blanco, 2016). Desde cargos en el Ministerio de Sanidad, como director de la División de Tisiología desde 1936 y jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas desde 1959, impulsó campañas contra la tuberculosis, la sífilis y la desnutrición, llegando a comunidades campesinas e indígenas. Su idea clave fue el Programa de Medicina Simplificada, que presentó en 1961 en el Congreso de Salud Pública y se oficializó en 1962 con el Decreto 884. Se trataba de capacitar a equipos con distintos niveles (médicos, peritos sanitarios y auxiliares de la comunidad) para adaptar los cuidados a las realidades de áreas rurales y marginales, con mucha participación de la gente local.

Jacinto Convit, quizás la figura más conocida internacionalmente, nos legó una lección ética y política fundamental: la medicina debe combatir no solo la enfermedad, sino también el estigma. Su trabajo con la lepra, la leishmaniasis y otras enfermedades olvidadas rompió con el modelo asilar que confinaba a los pacientes en colonias, y demostró que la curación y la reinserción social eran posibles cuando la ciencia se ponía al servicio de la dignidad humana (López de Blanco, 2016). Convit no fue un investigador de laboratorio aislado; su práctica fue profundamente territorial, recorriendo comunidades, formando promotores de salud y construyendo confianza donde antes había miedo.

UNA TRADICIÓN QUE PLURALIZA

Pero el legado no se agota en estas tres figuras. Es necesario mencionar también a Rafael Rangel, el pionero de la investigación biomédica en Venezuela, que con su estudio del bocio endémico y la anquilostomiasis nos enseñó que la ciencia debía servir para denunciar las condiciones de vida que enferman a los pobres (López de Blanco, 2016). También a Francisco de Venanzi, quien desde la rectoría de la Universidad Central de Venezuela (UCV) impulsó una

política de vinculación universidad-sociedad y formó generaciones de científicos con conciencia social. Revindicar a Félix Pifano, cuyo trabajo sobre la enfermedad de Chagas en los llanos venezolanos integró la ecología, la parasitología y la antropología en una visión integral del territorio. A Hernando Latorre, quien desde la psiquiatría y el psicoanálisis abrió la discusión sobre la salud mental como problema colectivo.

Lo que une a esta constelación de pioneros es una convicción compartida: la salud no es un asunto exclusivo de hospitales y consultorios; es un problema de territorio, de condiciones de vida, de justicia social (López de Blanco, 2016). Ellos anduvieron el país, conocieron de primera mano las comunidades campesinas, indígenas y populares, y entendieron que la medicina no puede practicarse de espaldas a la realidad social.

UN LEGADO QUE RESURGE EN LA PRAXIS ACTUAL

Este legado, aunque a veces pase desapercibido en los planes de estudio tradicionales, ha permeado la formación de los médicos venezolanos, indistintamente de su universidad de origen (militar, integral comunitaria o tradicional). Generaciones de médicos han crecido con la imagen del doctor que atiende al campesino, al indígena, al desposeído, no como un acto de caridad, sino como parte de su deber profesional y ciudadano. La tradición de la "medicina de campaña", las jornadas de salud comunitarias, la formación de promotores de salud, todo ello tiene raíces profundas en esa historia.

Hoy, esa tradición resurge con nueva fuerza en la formación de especialistas de la Universidad de Ciencias de la Salud. El desafío actual es actualizar ese legado, dotándolo de nuevas herramientas conceptuales (como la determinación social de la salud) y políticas (como la contraloría social y el monitoreo participativo). Ya no se trata solo de llevar la medicina a zonas remotas, sino de comprender que la "zona remota" está también en los barrios populares de

Maracay, u otra de nuestras ciudades, donde la precariedad energética, la contaminación y la falta de agua producen enfermedades evitables. Y el legado de esos pioneros nos llama a estar allí, no como técnicos, sino como actores políticos en la lucha por la vida, capaces de articular la clínica con la organización popular, la denuncia con la propuesta, la curación con la transformación.

En este sentido, la experiencia formativa que aquí se sistematiza no es una invención desde la nada. Es la continuación, en un contexto de crisis civilizatoria, de una tradición venezolana que siempre entendió la salud como un campo de batalla social y la medicina como un saber que anda el territorio, que se ensucia los zapatos, que se compromete con los más vulnerables. El legado de Gabaldón, Baldó, Convit, Rangel, De Venanzi, Pifano y tantos otros sigue vivo en la práctica cotidiana de estos residentes que hoy aprenden a ver más allá del cuerpo enfermo.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES: FORMAR PARA LA VIDA

La experiencia formativa en salud colectiva con especialistas clínicos en el Hospital Militar Elbano Paredes Vivas y el Hospital Dr. José María Vargas, demuestra que es posible superar la fragmentación y la tecnocracia para formar profesionales con una profunda conciencia social y capacidad de acción política. El éxito de la estrategia radica en haber partido de la práctica concreta de los residentes, el caso clínico, para, desde allí, abrir una ventana hacia el territorio y hacia la estructura social que determina los procesos de salud-enfermedad.

El uso del aprendizaje basado en problemas (ABP), el análisis de coyuntura y el diálogo de saberes, categoría formulada por Boaventura de Sousa Santos (2009) que designa una interacción horizontal entre distintos sistemas de conocimiento, en contraposición al monólogo del saber hegemónico sobre otros saberes, junto con un equipo docente multidisciplinario, ha logrado

que los residentes se reconozcan como actores políticos capaces de articular tres niveles de praxis transformadora: el personal-comunitario (en su consulta), el organizativo-institucional (en su hospital) y el político-civilizatorio (en su lucha por políticas públicas). Las propuestas generadas por ellos mismos, los "Equipos Comunitarios de Vigilancia Climática", los "Protocolos de Reubicación Preventiva", las "Brigadas Infantiles de Vigilancia", son la evidencia más clara de que esta formación está dando frutos.

La guía metodológica de Melo y Ramos es una herramienta valiosa, pero no es un talismán. No opera por sí misma. Su potencia se actualiza solo en la medida en que quienes la utilizan son, a su vez, sujetos formados en aquello que pretenden enseñar. La salud colectiva no se transmite por ósmosis; se encarna en prácticas, se sostiene en colectivos, se renueva en el diálogo con los territorios. Si algo nos ha enseñado esta experiencia en el Hospital Militar Elbano Paredes Vivas y el Hospital Dr. José María Vargas, es que el equipo docente no puede ser un mero aplicador de consignas. Debe ser, él mismo, un sujeto epistémico y político que ha transitado por un proceso de formación en salud colectiva que lo ha transformado. Y esa formación transformadora del equipo docente no puede dejarse al azar: es una responsabilidad institucional que debe asumirse con la misma radicalidad con que se asume el enfoque.

La experiencia aquí narrada ha sido posible porque el equipo docente que la ha impulsado ha asumido este desafío: no solo aplicar una guía, sino habitar el enfoque. Y ese habitar es, quizás, la enseñanza más valiosa que podemos ofrecer a los residentes que se forman con nosotros. Porque ellos aprenden no solo de lo que decimos, sino de lo que hacemos, de cómo nos relacionamos con el conocimiento, con ellos, con las comunidades. Aprenden, en última instancia, lo que significa ser un profesional de la salud en clave transformadora. Formar para la transformación exige formadores transformados. Esa es la premisa ineludible. Esa es la responsabilidad. Ese es el horizonte.

Finalmente, esta experiencia nos invita a rescatar y poner en valor la tradición plural de la medicina social venezolana. El legado de pioneros como Gabaldón, Baldó, Convit, Rangel, De Venanzi, Pifano y tantos otros no es un recuerdo del pasado, sino una fuerza viva que inspira y potencia las nuevas generaciones de especialistas. Su ejemplo nos recuerda que la verdadera excelencia médica no se mide solo en procedimientos exitosos, sino en la capacidad de transformar las condiciones que generan enfermedad, de defender el derecho a la salud y de acompañar a las comunidades en la construcción del Buen Vivir. El desafío está planteado: formar especialistas que no solo curen cuerpos, sino que contribuyan a sanar un territorio y a construir una sociedad más justa y saludable. Ese es el horizonte de la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" y el propósito de esta experiencia transformadora.

Como nos recuerda Oscar Feo Istúriz: "No se trata solo de tratar a Andrés, sino de cambiar el mundo que le da asma". Hoy, en el contexto de las lluvias que se avecinan, los incendios que arden y las enfermedades que se reproducen, esa frase adquiere su máxima potencia. Las lluvias que vienen nos gritarán si estamos a la altura de esa tarea histórica. Y los nuevos especialistas, formados en la tradición de los saberes que andan el territorio, están respondiendo con una praxis que es, simultáneamente, clínica, comunitaria y política.

REFERÊNCIAS

- Alcalá, A. P. (2025). Construir Soberanía Sanitaria desde la Salud Colectiva Decolonial y la 7 Transformaciones del Plan de la Patria. Aporrea.
- Alcalá, A. P. (2025). De la Salud Pública Tradicional a la Salud Colectiva y Decolonial y el Plan de la Patria. Aporrea.
- Baldo, J. I. (1952). La medicina simplificada y su aplicación en Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

- Barrows, H. S., & Tamblyn, R. M. (1980). Problem-based learning: An approach to medical education. Springer Publishing Company.
- Bigott, L. A. (2010). El educador neocolonizado. Fondo Editorial IPASME. (Obra original publicada en 1975).
- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS).
- Breilh, J. (2010). Epidemiología: economía política y salud (7ma ed.). Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh, J. (2023). Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Briceño-León, R. (2011). Arnoldo Gabaldón (1909-1989) (Vol. 130). El Nacional.
- Bruner, J. S. (1960). The process of education. Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1961). The act of discovery. Harvard Educational Review, 31(1), 21–32.
- Dewey, J. (1938). Experience and education. Macmillan.
- Fals Borda, O. (1970). Ciencia propia y colonialismo intelectual. Editorial Nuestro Tiempo.
- Feo Istúriz, O., Rodrigues, A. M., Saavedra, F., Quintana, J., & Alcalá, P. (2020). Crisis Civilizatoria: impactos sobre la Salud y la Vida. En VI Dossier de Salud Internacional Sur Sur. CLACSO.
- Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). Pedagogía de la autonomía. Siglo XXI.
- Gabaldón, A. (1965). Una política sanitaria (Vol. 1). Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Laurell, A. C. (1986). La salud-enfermedad como proceso social.

- López de Blanco, M. (2016). Los héroes médicos del 36 y su visión del país [Conferencia]. Revista de la Facultad de Medicina, 29(1).
- Matus, C. (1980). Planificación de situaciones. México, Fondo de Cultura Económica.
- Mejía, M. R. (2015). Pedagogías críticas desde el Sur: Cartografías de la educación popular. Editorial CEAAL.
- Melo, L., y Ramos, M. (2026). Guía de orientación para docentes del eje socio-cultural, ético-político de los programas de formación avanzada de la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías": Unidades curriculares Salud Colectiva 1 y 2. Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías".
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología. (2011). Código de ética para la vida.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017). Lineamientos Rectores para la Gestión de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC).
- Piaget, J. (1954). The construction of reality in the child (M. Cook, Trans.). Basic Books. (Obra original 1937).
- República Bolivariana de Venezuela. (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860.
- República Bolivariana de Venezuela. (2020). Gaceta Oficial N° 41.886 (Medidas coercitivas unilaterales).
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2020). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 41.796 (Normas sobre la Clasificación de los Espacios de Atención y Establecimientos

de Salud de la Red de Atención Integral del Sistema Público Nacional de Salud).

República Bolivariana de Venezuela. (2025). *Ley orgánica del Plan de la Patria 2025/2030 y las 7 Transformaciones.

Santos, B. de S. (2009). Una epistemología del Sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social. CLACSO / Siglo XXI.

Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías". (2017). Documento Rector.

Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E. Souberman, Eds. & Trans.). Harvard University Press. (Obra original 1930-1934). <https://doi.org/10.2307/j.ctvjf9vz4>

Zemelman, H. (1987). Uso crítico de la teoría. En torno a las funciones analíticas de la totalidad. El Colegio de México / Universidad de las Naciones Unidas



Emmanuel J. Tovar H.

<https://orcid.org/0009-0006-8020-7694>

Licenciado en Enfermería, Especialista en emergencias y desastres, Magíster en Gerencia de Salud Pública, Doctor en Ciencias de la Educación y postdoctor en Investigación Emergente. es Vocero de Salud en ejercicio del Poder Popular en la comunidad de Paraparal. es coautor del libro colectivo: Transcomplejidad en la Educación Superior, Volumen II.

Actualmente imparte docencia en la Cátedra de Salud Colectiva e Investigación y Bioética de la Universidad de Ciencias de la Salud (UCS) "Hugo Chávez Frías", en el Programa de Formación Avanzada (PNFA) de las especialidades de Medicina y Enfermería. Además, dicta Parasitología en el pregrado de Enfermería de la Universidad de Carabobo, y Psicopatología en el pregrado de Medicina de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos (UNERG). Se desempeña como Supervisor Integral de Enfermería en la Clínica Lugo de Maracay.



Juan Vicente III Quintana Adrián

<https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>

Ingeniero Químico, Doctor en Ciencias Gerenciales, Especialista en Gestión en Salud Pública y Posdoctor en Salud Colectiva. Con más de 15 años de experiencia en docencia universitaria, investigación y gestión académica, ha ocupado cargos estratégicos como Director Nacional de Tecnología Educativa en la

Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías", Coordinador Nacional del Programa de Maestría en Salud Colectiva y Director de Interacción Social. Miembro del Comité de Ética ante la COVID-19 del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Coordinador de la Escuela de Nueva Ciudadanía para la Formación del Poder Popular en Salud (2009-2012), combina un sólido dominio técnico con una clara vocación política. Su trabajo se centra en la articulación entre epistemologías del Sur, soberanía sanitaria y políticas públicas desde la Salud Colectiva, con una amplia producción intelectual en temas de determinación e injusticias

socioambientales, extractivismos y derechos a la salud. Destaca por su capacidad para diseñar programas nacionales de formación a distancia, liderar procesos de participación comunitaria y traducir pensamiento crítico en acciones concretas de transformación social.



Pedro R. Alcalá A.

<https://orcid.org/0009-0009-7419-805X>

Es médico cirujano, psiquiatra, especialista en Salud Pública, Doctor en Ciencias Gerenciales y Doctor en Ciencias Sociales. Ha ejercido como Director Ejecutivo del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón, institución clave en la formación de recursos humanos en salud pública en Venezuela, y ha ocupado cargos directivos en el Ministerio del Poder Popular para la Salud. Como intelectual de izquierda con enfoque decolonial, es autor de más de 140 artículos publicados en Aporrea.org sobre salud colectiva, salud mental, colonialidad del saber y políticas públicas de salud. También participa como conferencista en seminarios nacionales e internacionales.



Yelitza A. Ledezma V.

<https://orcid.org/0009-0004-5131-7064>

Es Ingeniera de Sistemas, Magíster en Educación Abierta y a Distancia y Doctorante en Innovaciones Educativas por la Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada (UNEFA). Con más de 15 años de experiencia en innovación educativa y tecnologías aplicadas a la enseñanza, se especializa en el diseño instruccional, la virtualización de programas académicos, la gestión de plataformas LMS (como Moodle) y el soporte a entornos virtuales de aprendizaje. Ha desempeñado roles como docente, asesora de proyectos educativos y gestora de procesos de integración tecnológica en educación superior y a distancia. Además, participa en la tutoría de trabajos de grado, evaluación curricular y organización de eventos científicos.



Donovan Casas Patiño

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Posdoctor en Salud Colectiva (IAPAS).
Posdoctor en Antropología Social (BUAP).
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X).
Especialista en Medicina Familiar (IMSS).
Médico Cirujano (UNAM). Miembro del

Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico "Nutrición, Educación y Salud Colectiva" UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.

“Como disciplina fundamentada en el pensamiento crítico, la Salud Colectiva posee la flexibilidad necesaria para abordar la complejidad de los problemas en salud, no solo de manera individual sino de manera colectiva; ahora bien, como paradigma emancipatorio y decolonial, la Salud Colectiva trasciende el modelo biomédico hegemónico al sustituir el enfoque estrictamente curativo por una visión integral del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-vida-muerte-.”