

I. SOSTENIBILIDAD E INTERSECTORIALIDAD: IMPERATIVOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS

**CIELO REBECA MARTÍNEZ REYES
ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES
ERNESTO LICONA VALENCIA
DONOVAN CASAS PATIÑO**

INTRODUCCIÓN

EL DETERIORO DE la calidad de vida y de la salud son producto de complejos entramados en los que se interconectan aspectos culturales, ecológicos, políticos económicos que develan las inequidades sociales generadas en los diversos sectores: empleo, educación, vivienda, seguridad alimentaria, tecnologías, comunicaciones, religión y economía, entre otros. Sin embargo, los resultados mórbidos de estas interacciones son atendidos por un sistema de servicios de salud con enfoque en la atención, contención y prevención, sin modificar la esencia o génesis de este daño: los determinantes sociales en la salud.

Los diferentes engranes que forman parte de este gran sistema, a su vez son una parte de subsistemas menores que están influidos por las lógicas imperantes del mercado, los poderes fácticos, los modelos de producción que en conjunto son fuerzas que determinan las acciones y los escenarios que vemos en la realidad.

La salud como discurso político se construye entre acciones de una medicina masificada con el ideal de alcanzar la cobertura universal y gratuita (en algunos países), se matiza con políticas incluyentes e inclusivas, así como con una serie de programas técnico-asistenciales y con modelos de promoción y prevención tendientes a la homogeneización. La materialización de estos discursos se ejecuta a partir de políticas en las que se despliega un discurso enfocado hacia la salud pública bajo un enfoque biomédico alimentado por la cultura del riesgo imperando un modelo mercantilista-biomédico que privilegia a los más ricos y precariza la atención de los más pobres. La realidad se presenta con una salud diferenciada, clasista y precaria.

El mantenimiento y recuperación de la salud, involucra más que las acciones médico-curativas, asistenciales, hospitalocéntricas e individuales. Esto involucra un cambio en la concepción asistencialista por un concepto de carácter más holístico en el sentido que busca el bienestar integral de las personas, lograr una emancipación y mejorar las condiciones de determinación social (Breihl, 2013).

Así pues, en estas circunstancias, el logro de una salud integral en las comunidades y sus territorios, es todo un reto en el que se viene avanzando desde el paradigma de la Salud Colectiva, que propone la urgente necesidad de la implementación de políticas, planes, estrategias e intervenciones que reivindiquen los derechos humanos, mediante perspectivas de género, interseccionales e interculturales, lo cual podría garantizar su sostenibilidad mediante un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

Algunos elementos de anclaje

Desde una perspectiva de los derechos humanos, la salud es un derecho humano fundamental que implica el acceso universal a servicios de salud, la protección de la integridad personal y la promoción de entornos saludables. La salud co-

lectiva lucha no solo por el cumplimiento de este derecho, participa de manera activa en el acompañamiento, organización y co-creación de respuestas sociales respetando los contextos socioculturales y territoriales. Identifica los derechos vulnerados, da voz a los actores que son silenciados o acallados. Desde una posición crítica devela las contradicciones económicas y políticas donde se gestan las relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas, todas ellas producto de procesos estructurales, las cuales se encuentra en un enfrentamiento cotidiano de la realidad. De ahí que los cuestionamientos en torno a los “derechos” involucrados a la salud, requieren sí o sí análisis más profundos.

Una aportación de relevancia en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, ha sido la incorporación del enfoque de género al decodificar las construcciones sociohistóricas *de lo femenino y lo masculino*, tanto en la conformación identitaria como su relación con la salud. Esta ruptura del *androcentismo* (construcción de la identidad y la subjetividad femeninas al definir a las mujeres por su relación con los hombres) ha develado la dominación simbólica, la opresión y la naturalización de esta relación institucionalizada por la familia, la iglesia, el Estado, las diferentes instituciones estatales y los medios de comunicación. Este nuevo ejercicio reflexivo incorpora análisis de elementos que refuerzan estereotipos y roles de género asociadas a determinadas formas de enfermar. Este pronunciamiento impulsado y sostenido por diferentes colectivos, organizaciones y redes (como la Red de Género, Salud de ALAMES, etc.), exigen el goce efectivo de derechos para garantizar la autonomía de los cuerpos de hombres y mujeres para la salud, para la sexualidad y para la vida, desde Estados laicos y funcionarios garantes de derechos, que materialicen los compromisos firmados por nuestros países en las Convenciones y los Acuerdos Internacionales del Cairo, Belén do Pará, CEDAW, Beijing, entre otras. En algunos países de América Latina (Argentina, Guatemala, Cuba, Bolivia, Venezuela, Chile, Brasil) se ha introducido el enfoque de gé-

nero en algunas legislaciones igualmente su inclusión en las políticas de salud, como un gran paso en lo formal para el reconocimiento no solo de las diferencias sino para abrir espacios en torno al desarrollo de estrategias de capacitación (empoderamiento) y fortalecimiento de sí mismo en relación con el entorno compartido. En la actualidad la incorporación del género como un eje transversal en los procesos de reforma, es un logro invaluable para el desarrollo de una renovada salud pública y salud colectiva.

Muy ligado al enfoque de género, se encuentra la comprensión interseccional de las violencias no solo contra las mujeres, porque de manera histórica y sistemática, las víctimas han sido oprimidas desde diferentes niveles y porque en ellas convergen varias condiciones o características; es decir, las violencias son interseccionales, porque quienes las sufren, lo hacen a causa de diversos ejes de opresión al mismo tiempo, de forma multidimensional, relacional, compleja y multisituada: por su sexo, identidad de género, raza, clase social, y/o condición de discapacidad; e infligida por diferentes actores: pareja, familiares, empleadores, profesores, grupos armados, instituciones y gobiernos, lo cual trae como consecuencia la marginalidad y ampliación de brechas sociales (Busquier & Parra, 2021), toda vez, que las soluciones planteadas por políticas que en sí misma validan nociones patriarcales de género, no toman en cuenta las particularidades de los grupos a los cuales se les asigna el rótulo de “vulnerables”, desatendiendo e invisibilizando sus singularidades. Pese a que, en su discurso, tales lineamientos parecieran tener en cuenta tales imbricaciones; pero, lo cierto es que siguen siendo aplicadas de manera unisectorial y fraccionada, donde cada instancia se preocupa por lograr sus metas e indicadores sin una verdadera articulación, duplicidad de acciones, desperdicio de recursos y reprocesos.

Las inequidades son interseccionales y cíclicas, si una niña o niño latinoamericanos, afrodescendientes, migrantes o indígenas, que junto con su familia son forzados al desplazamiento de su territorio, se crían y crecen en un entorno

de pobreza, difícilmente tendrán seguridad alimentaria y nutricional, educación de calidad, no solo porque su desarrollo cognitivo y sensorial será limitado lo cual redundará en su desempeño académico, sino porque la escuela a la que podrán ir tendrá condiciones precarias; habrá pocas oportunidades de educación técnica o universitaria, lo que los condenará a empleos informales, mal remunerados o ser reclutados por grupos armados, ser víctima de trata de personas, por consiguiente de violencias sexuales y todo tipo de vejámenes; situaciones que seguirán haciendo mella en su salud física y mental con altas probabilidades de comportamiento suicida, consumo de sustancia psicoactivas, embarazos a temprana edad y no deseados, Infecciones Transmisión Sexual, elevado riesgo de morbilidad materna, perinatal y neonatal. Todo ello, sin llegar siquiera a la adolescencia o a la adultez. Ellos fueron violentados desde el vientre materno por su familia, por su comunidad, las instituciones y por las políticas públicas. Esta cruda experiencia es la realidad de millones de personas que, de manera cotidiana pasan a ser un número más de las estadísticas locales, nacionales y mundiales, ante la mirada ya insensible e indiferente de la sociedad y los gobiernos. Esta es la cara de la violencia interseccional.

La base estructural del diálogo es la intersectorialidad incluyendo a los colectivos, porque si las violencias son interseccionales, sus abordajes no pueden seguir siendo unilaterales ni verticales, ni pueden seguir ignorando la riqueza del capital comunitario, de lo contrario, el cuidado integral de la salud permanecerá como una quimera. La intersectorialidad incluye a la comunidad como protagonista, desde la planeación, hasta la evaluación de las intervenciones, lo cual demanda de un abordaje intercultural.

A propósito, la interculturalidad es un concepto polisémico, estudiado por disciplinas sociales, antropológicas y de la salud, en el que se reconocen diversas constelaciones de mayoría-minoría en la sociedad en términos de cultura, etnicidad, lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad, provenientes de los procesos migratorios y coloniales que a

su vez han suscitado desigualdad, dominación, diferencia y diversidad. (Dietz, 2017)

El término “intercultural”, que valora la diversidad de culturas que existen en el mundo, mientras reconoce relaciones injustas y violentas entre pueblos, nació en Latinoamérica para tratar asuntos educativos y de salud, se ha ampliado con el devenir de otros conceptos como el de la “multiculturalidad”, con el que se pretende dar reconocimiento político y trato diferencial a los grupos “minorizados”, en aras de una coexistencia respetuosa y tolerante. (Quilaqueo & Torres, 2013) (Mineducación & OEI, 2018); y el de transculturalidad señalado como proceso social donde se desarrollan constructos identitarios multiplicados que se concibe también como un proceso de flexibilización de fronteras culturales; es decir, las personas de diferentes culturas aprenden de cada una, hacen prestamos de elementos culturales aparentemente ajenos y los reutilizan (Zebadúa, 201), lo que implica una transformación de los modos de vida.

La interculturalidad no es un enfoque exclusivo del ámbito de la educación, pues no solo es necesario adaptar estos servicios a las particularidades de las comunidades. De hecho, todos los sectores deben ser permeados por él. En el ámbito de la salud, es indispensable para proporcionar un cuidado verdaderamente integral y holístico, porque solo con conocimientos y prácticas basadas en la cultura, creencias de salud o enfermedad valores y tradiciones de las personas, estas permitirán que se les ayude y desarrollaran responsabilidades en su autocuidado para mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. La cultura es transversal e impregna los procesos de salud enfermedad porque las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de cada pueblo, comunidad y territorio, son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación a generación como normas de comportamiento en la vida. (Leininger, 1999).

En este sentido, la comprensión de las violencias también es intercultural: de los nativos hacia los inmigrantes; de

los colonos hacia los colonizados; de ricos hacia los pobres; del hombre contra la mujer; del Estado hegemónico hacia los colectivos más postergados; de las instituciones hacia sus usuarios. Por ello, las acciones para reducir el daño y prevenirlas demandan incluir a la comunidad en la comprensión de sus problemas, necesidades y llegar a soluciones innovadoras, incluyentes y culturalmente apropiadas que sean significativas para las personas.

En este sentido, los cuidados interculturales implican un interés genuino por conocer la realidad del otro, sus sentires, experiencias, expectativas, sus necesidades, lo que considera importante y el reconocimiento de su rol en la comunidad. Esto exige tener apertura mental, aceptar y respetar la diversidad, aprender de otras visiones diferentes de la vida, valorar y validar los cuidados ancestrales de las comunidades y sus territorios como una fuente de conocimiento tan importante como lo es la académica; asimismo, democratizar este intercambio de saberes para reconocer los que se deben fortalecer y replicar, los que se deben negociar y aquellos que deben modificarse de manera paulatina, sin violencia.

La sostenibilidad en salud: del dicho al hecho

La sostenibilidad es un proceso administrativo-técnico-institucional- político y social que presenta grandes desafíos:

1. Trasformar estructuralmente las condiciones de vida y salud a través de la universalización de los derechos sociales como obligación del Estado, basados en la equidad como la máxima expresión de justicia social.
2. Construir ciudadanía y democracia social a partir de la conquista de los derechos sociales con actores autónomos capaces de transformar sus vidas.
3. Privilegiar el carácter y función de las políticas públicas para satisfacer las necesidades sociales con los principios de universalidad y equidad.

4. Eliminar los déficits de atención según género, ciclo de vida, territorios sociales, clases sociales, etnias y raza.
5. Reconocer e incorporar al medio ambiente y sus recursos no renovables como sujetos de derechos, promoviendo y salvaguardando su uso, consumo, cuidado y protección.

La sostenibilidad en salud requiere acciones reales, hablando de la atención primaria, esta debe apuntar en reducir el impacto ambiental y económico en la prescripción y consumo de medicamento, por ejemplo, abarcando el uso excesivo de antibióticos, hipnóticos y apostar por la intervención en los estilos de vida. Las acciones con un enfoque integrador como la alfabetización, el empoderamiento del paciente mediante la educación y la prevención de enfermedades no transmisibles, son procesos que requieren ser continuos y su impacto deber ser a largo plazo para garantizar que sean incorporados en el sentido común de los colectivos, apropiados y reproducidos culturalmente. Esta concepción considera no solo los efectos de la salud en un nivel individual, sino pensamos en acciones de impacto a nivel planetario, como sería la huella de carbono y las repercusiones directas e indirectas determinantes de los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado y muerte (Klemenc-Ketiš y Rochfort, 2022).

Actualmente se ha destacado la innovación en salud como parte esencial para implementar procesos inclusivos, para comprender las necesidades de las diversas partes interesadas y atender de forma más segura y eficaz. Sin embargo, continúa siendo un desafío porque persisten las desigualdades en salud, la crisis civilizatoria, la degradación ambiental, incluyendo las acciones transformadoras y los cambios en los sistemas de gobernanza. En este sentido la salud se trata de un sistema de justicia social, que requiere acciones con valores que pugnen por una salud planetaria con elementos como la empatía, las actitudes proambientales y el humanis-

mo (Filho *et al.*, 2022), pero lo más importante es pasar de la teoría a la práctica en todos los niveles.

La colaboración intersectorial: más que una suma de fuerzas.

Como hemos señalado, el complejo salud requiere una construcción y fortalecimiento de acciones e interacciones con diferentes sectores sociales para tomar medidas y lograr resultados positivos, efectivos y eficientes. La colaboración en coaliciones y redes puede ser desafiante al enfrentar factores intrínsecos y extrínsecos como el factor institucional, diferentes intereses y perspectivas, el contexto histórico, la experiencia en el trabajo en conjunto o el clima político. Esto se puede mediar intercambiando conocimiento entre las partes interesadas, produciendo entornos donde florezca la colaboración. En este caso hablando de la atención en salud, el intermediario tiene como función principal conectar a las partes interesadas de los sectores de salud, con los diferentes sectores sociales y con los ciudadanos, a fin de abordar las inequidades.

Al igual que la sostenibilidad, requiere de elementos para que la coalición sea permanente y más sólida. Una gobernanza clara de esta coalición implica definir una visión compartida y aclarar la división de roles, así como definir los compromisos y estimular la participación de todos los integrantes. El valor de esta coalición radica en inducir cambios en las decisiones de política local. Hay que reconocer que estas acciones no siempre buscan procesos generalizables y algunos tienen logros a corto plazo (de Jong *et al.*, 2023; Esmaili *et al.*, 2021).

La colaboración intersectorial se trata de un equilibrio de poderes mediados por estructuras de gobernanza, a fin de vencer las jerarquías, las disparidades de recursos e inequidades, mitigando las asimetrías para prevenir la marginación de los sectores menos dominantes. Las acciones intersectorio-

riales requieren no solo soluciones técnicas, sino también compromisos políticos con la equidad, la gobernanza y el diálogo inclusivo, situaciones que son por sí mismos un desafío para la gran mayoría de los países de ingresos bajos y medios (Aivalli *et al.*, 2025).

Gestión territorial en la conformación de los cuidados.

La concepción de la salud como derecho requiere acciones de acceso universal, a través de la implementación de nuevas políticas, reformas e innovaciones orientadas a garantizar la cobertura universal de manera equitativa.

En la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe los sistemas de salud se construyeron de manera fragmentada con programas verticales y selectivos, lo cual constituyen una barrera para el cumplimiento a este derecho. En los tiempos actuales se ha enfatizado en disminuir las brechas y mejorar la cobertura en salud, con algunos retos en común como el desfinanciamiento y la precarización en salud. Al mismo tiempo se ha tratado de integrar los diferentes niveles de atención, pero sigue siendo un obstáculo limitando la continuidad del cuidado, especialmente en poblaciones vulnerables o remotas. Las debilidades estructurales ameritan estrategias territoriales con participación social comunitaria, con enfoque integral, preventivo y con pertinencia cultural, por un lado, y de compromiso político, iniciativas intersectoriales sólidas y mecanismos de financiamiento sostenibles y adaptados a las necesidades locales, por otro lado (Juárez-Herrera y Cairo, 2024).

Paralelo a la construcción del derecho a la salud, las luchas feministas fueron cruciales para el diseño y la implementación de políticas para el sistema de cuidados, más allá de su reconocimiento como un derecho, también incorporando una perspectiva de género intersectorial e intercultural.

La incorporación de la noción del territorio permite poner en diálogo los aspectos culturales, los valores, las identidades, los sentidos de pertenencia de los colectivos a la hora de efectuar diagnósticos y proveer los cuidados en una comunidad dada.

Esta gestión requiere de los dos imperativos señalados previamente, con la consigna de desarrollar procesos simultáneos de articulación, gestión y promoción de la participación social (CEPAL, 2022)

A manera de conclusión

La salud/enfermedad/ atención/ cuidado/ muerte es más que la sumatoria de fuerzas, o la factorización de determinantes de la salud. Es un proceso de carga política con diálogo social y compromiso multiniveles. Las acciones intersectoriales en salud guardan una relación sinérgica con la sostenibilidad y son un parteaguas para el cumplimiento de los derechos a los cuidados y a la salud basados en la gobernanza, la participación social, la co-responsabilidad, la cooperación y el diálogo.

La consideración del territorio en la conformación de políticas y acciones en salud, son necesarios a fin de dar respuesta a las necesidades acorde a los contextos espaciales, materiales y culturales.

Es necesario romper con la mirada hospitalocéntrica biomédica y reconocer la respuesta social organizada favoreciendo y promoviendo la colaboración intersectorial.

Bibliografía

Aivalli, P., Dada, S., Gilmore, B., Srinivas, P. N., & De Brún, A. (2025).

Power dynamics and intersectoral collaboration for health in low- and middle-income countries: a realist review. *Health policy and planning*, 40(6), 661–683. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaf022>

De Jong, M., Tjihuis, Y., Koelen, M., & Wagemakers, A. (2023).

Intersectoral collaboration in a Dutch community health promotion programme: building a coalition and networks. *Health promotion international*, 38(4), daab207. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab207>

Breilh, Jaime. (2013).

La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl. 1), 13-27. Retrieved October 27, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es

Busquier, L., & Parra, F. (2021).

Feminismos y perspectiva interseccional en América Latina y el Caribe. 28. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/163475/CONICET_Digital_Nro.be697f69-71f1-427f-a279-30829075d759_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/CRM.15/3), Santiago, 2022.

Dietz, G. (2017).

Interculturalidad: Una aproximación antropológica. *Perfiles educativos*, 39(156), 192-207. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Esmaili, M. R. A., Damari, B., Hajebi, A., Rafiee, N., Goudarzi, R., & Haghshenas, A. (2021).

Basic Criteria, Models, and Indicators of Intersectoral Collaboration in Health Promotion: A Scoping Review. *Iranian journal of public health*, 50(5), 852–865. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i5.6103>

Filho, W. L., de Andrade Guerra, J. B. S. O., de Aguiar Dutra, A. R., Peixoto, M. G. M., Traebert, J., & Nagy, G. J. (2022).

Planetary health and health education in Brazil: Facing inequalities. One health (Amsterdam, Netherlands), 15, 100461. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2022.100461>

Juárez Herrera Y Cairo, L. A., Carrasco-Portiño, M., Cuba-Fuentes, M. S., García, L. P., Bermúdez-Tamayo, C., & Pérez-Muto, V. (2024).

Reformas de atención primaria en América Latina: avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú [Primary health care reforms in Latin America: advances in Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Peru]. *Gaceta sanitaria*, 38, 102430. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102430>

Klemenc-Ketiš, Z., & Rochfort, A. (2022).

Sustainability for Planetary Health: A Seventh Domain of Quality in Primary Care. *Zdravstveno varstvo*, 61(4), 198–200. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0026>

Leininger, M. L. (1999).

Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. 8. <https://doi.org/https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>

Ministerio de Educación de Colombia, & Organización de Estados Iberoamericanos. (2018).

Interculturalidad. Ministerio de Educación. <https://contenidos.mineduccion.gov.co/ntg/men/pdf/Interculturalidad.pdf>

Quilaqueo R, D., & Torres C, H. (2013).

Multiculturalidad e interculturalidad: Desafíos epistemológicos de la escolarización desarrollada en contextos indígenas. *Alpha* (Osorno), 37, 2

Zebadúa Carbonell, J. P. (2011).

Cultura, identidades y transculturalidad. Apuntes sobre la construcción identitaria de las juventudes indígenas. *LiminaR*, 9(1), 36-47. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-80272011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es 85-300. <https://doi.org/10.4067/S0718-22012013000200020>

Territorios y Violencias en el área de la Salud: “Propuestas sostenibles e intersectoriales para el cuidado de la salud en los territorios”

Coordinadores

Alejandra Rodríguez Torres

Ernesto Licona Valencia

Donovan Casas Patiño

Cielo Rebeca Martínez Reyes



**Castellanos
editores
digital**

Primera Edición: Enero 2026
Diseño de portada: María Elisa Salazar Moya

© Alejandra Rodríguez Torresl
© Ernesto Licon Valencia
© Donovan Casas Patiño
© Cielo Rebeca Martínez Reyes
© Castellanos editores, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-5923-29-1

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de la presente obra, por cualquier medio impreso, electrónico, auditivo, con la autorización por escrito de los editores y el titular de los derechos y citando la fuente.

Impreso en México