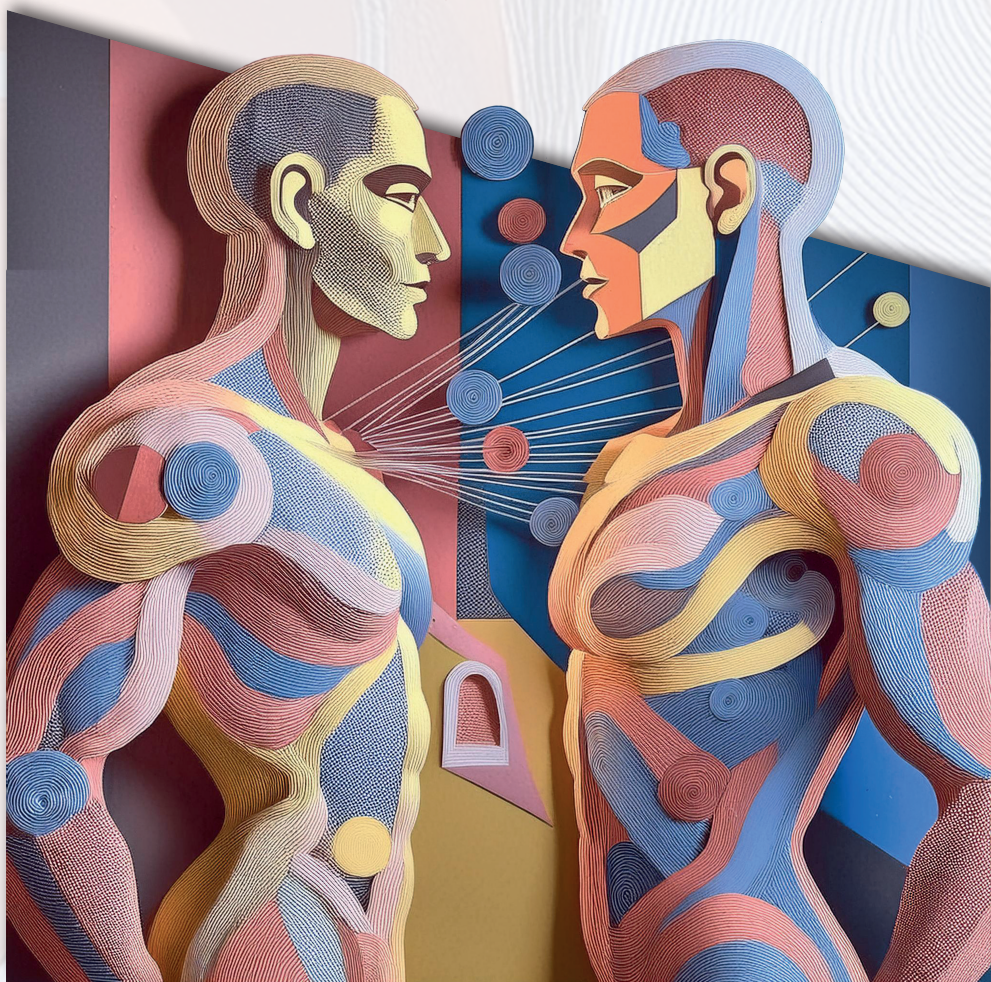


Bienestar y salud

Marisol Perez Ramos
María Luisa Mussot López
(coordinadoras)

Ciencias Sociales 50



Bienestar y salud



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Rector General

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

Secretaria General

Dra. Norma Rondero López

Unidad Iztapalapa Rector de la Unidad

Dra. Verónica Medina Bañuelos

Secretario de la Unidad

Dr. Javier Rodríguez Lagunas

Directora de la División de Ciencias Sociales y Humanidades

Dra. Sonia Pérez Toledo

Coordiandora General del Consejo Editorial de Ciencias Sociales y Humanidades

Dra. Laura Adriana Hernández Martínez

Jefe del Departamento de Sociología

Dr. Adrián Hernández Cordero

Asistente Editorial del Departamento de Sociología área de Libros

Mtra. Diana Lucero Jaimes Duarte

Marisol Pérez Ramos y María Luisa Mussot López
(coordinadoras)

Bienestar y salud



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Iztapalapa

Bienestar y salud / Marisol Pérez Ramos, María Luisa Mussot López, coordinadoras. -- Ciudad de México : UAM, Unidad Iztapalapa : Bonilla Artigas Editores, 2024 - recurso electrónico

328 pp ; 15 x 23 cm. -- (Ciencias Sociales 50)
ISBN 9786075904771 (Bonilla Artigas Editores) (colección ePub)
ISBN 9786075904795 (Bonilla Artigas Editores) (ePub)
ISBN 9786075904801 (Bonilla Artigas Editores) (colección pdf)
ISBN 9786075904924 (Bonilla Artigas Editores) (pdf)
ISBN 9786072832374 (UAM-Iztapalapa) (colección ePub)
ISBN 9786072832435 (UAM-Iztapalapa) (ePub)
ISBN 9786072832527 (UAM-Iztapalapa) (colección pdf)
ISBN 9786072833142 (UAM-Iztapalapa) (pdf)

1. Salud pública.
 2. Mujeres – salud.
 3. Pandemia COVID 19.
- I. Pérez Ramos, Marisol, coord.
II. Mussot López, María Luisa, coord.

LC: RA187 B

DEWEY: 362 B

Los derechos exclusivos de la edición quedan reservados para todos los países de habla hispana. Prohibida la reproducción parcial o total, por cualquier medio conocido o por conocerse, sin el consentimiento por escrito de su legítimo titular de derechos patrimoniales.

Esta publicación fue dictaminada por pares académicos bajo la modalidad doble ciego.

Bienestar y salud

Primera edición, diciembre 2024

D. R. © 2025, Marisol Pérez Ramos

D. R. © 2025, María Luisa Mussot López

D. R. © 2025, Bonilla
Distribución y Edición, S.A. de C.V.
Hermenegildo Galeana 116,
Barrio del Niño Jesús, Tlalpan,
14080, Ciudad de México, México
editorial@bonillaartigaseditores.com.mx
www.bonillaartigaseditores.com

Bonilla Artigas Editores
ISBN: 978-607-5904-77-1 (colección ePub)
ISBN: 978-607-5904-79-5 (ePub)
ISBN: 978-607-5904-80-1 (colección pdf)
ISBN: 978-607-5904-92-4 (pdf)

UAM-Iztapalapa
ISBN: 978-607-28-3237-4 (colección ePub)
ISBN: 978-607-28-3243-5 (ePub)
ISBN: 978-607-28-3252-7 (colección pdf)
ISBN: 978-607-28-3314-2 (pdf)

Coordinación editorial:
Bonilla Artigas Editores
Asistencia editorial:
Mtra. Diana Lucero Jaimes Duarte
Cuidado de la edición: Marisol Pons
Diseño de portada: D.C.G. Jocelyn G. Medina
Impreso y hecho en México

Contenido

Nota introductoria

Adrián Hernández Cordero..... 9

Salud y bienestar. Una diada indisoluble

Marisol Pérez Ramos, María Luisa Mussot López..... 11

Primera parte.

Crítica a políticas públicas y cuidado colectivo.

Bienestar social y salud. Apuntes para una reflexión

*Gustavo Leal F, Héctor Javier Sánchez Pérez
y Cristina Gordillo Marroquín* 25

Modernización mercantil del IMSS.

Obturación del bienestar

María Luisa Mussot López.....65

Retos en la longevidad, bienestar y envejecimiento saludable en México

*Norma E. López Díaz-Guerrero,
Adriana Alarcón Aguilar, Mina Konigsberg Fainstein*99

Cáncer de mama. Problema de salud pública en México

*José Alfonso de la Fuente Rivera
y Alejandro Noguez Ramos* 121

La vacunación Contra el SARS-COV-2

durante la pandemia por COVID-19

*Gilberto Silva Bañuelos, Luis Eduardo del Moral Trinidad,
Melva Herrera Guadalupe Godina*..... 139

Segunda Parte

Salud mental y bienestar. Experiencias y aplicaciones

Tres abordajes de intervención preventiva como herramientas en la salud mental pública <i>Hugo Leonardo Gómez Hernández</i>	157
Detección cuantitativa de depresión y ansiedad en jóvenes como consecuencia del COVID-19 y su importancia en el bienestar <i>Paulina Arenas-Landgrave, Marisol Pérez-Ramos, Sofía Cristina Martínez-Luna, José Luis Sánchez-Gutiérrez, Natalia Escobedo-Ortega, Anabel de la Rosa-Gómez</i>	183
Estudios psicosociales y promoción del bienestar en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, cuidadoras primarias informales y estudiantes universitarios <i>David Alberto Rodríguez Medina</i>	209
Cuando la seguridad social no garantiza el bienestar: Experiencias de cuidadoras de personas con enfermedad renal crónica <i>Sheila Martínez-García, Luis Eduardo Hernández-Ibarra</i>	243
Bienestar psicosocial y salud mental en una zona rural bajo condiciones de conflicto armado en Colombia <i>Jorge Luis Arellanez Hernández, León Felipe Beltrán Guerra y Vanessa Tatiana Hernández Flores</i>	283
Semblanzas curriculares	317

Nota introductoria

En 1974 se cristalizó un ejercicio de justicia espacial para la metrópoli del Valle de México, consistente en llevar educación superior a las periferias de la ciudad. Así, en el mes de septiembre de dicho año comenzaron las operaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Un pilar fundamental del primer campus de la institución fue el Departamento de Sociología, el cual contó con fundadores de una gran altura intelectual, así como de un amplio compromiso social.

Durante cinco décadas han pasado por el Departamento diferentes generaciones de personal académico que, desde diferentes perspectivas disciplinarias, han impulsado la producción de conocimiento. Ello ha ocurrido en el contexto de las nueve Áreas de Investigación, ahora Académicas, en las que nos organizamos. Paralelamente, también las y los académicos se han comprometido con la docencia en las cuatro licenciaturas en las que se participa (Sociología, Ciencia Política, Psicología Social y Geografía Humana), así como en los posgrados (Sociología del Trabajo, que dio origen a Estudios Sociales y Psicología Social).

En 2024, a 50 años de su creación, el Departamento de Sociología vive un proceso de transición a partir de un cambio generacional, en el que estimados colegas nos han dejado y han llegado nuevos integrantes. Por lo que estamos en un momento propicio para replantearnos nuestras tareas sustantivas (investigación, docencia y difusión de la cultura) en un contexto social en constante transformación, así como en un ambiente político que demanda unas ciencias sociales enfocadas en la aplicación del conocimiento para el beneficio del pueblo de México.

En este tenor, asumimos el reto para que las y los colegas del Departamento produjeran, a partir de la interdisciplina, un proceso reflexivo a partir de tres temas transversales para entender las dinámicas sociales contemporáneas: bienestar y salud, desigualdades, así como las violencias. De este modo, surge la

Colección Ciencias Sociales 50 (CS50) que el lector tiene ante su pantalla. Con ello se deja constancia del legado de nuestro Departamento y al mismo tiempo nos servirá como la brújula que nos guíe en el mapa del porvenir.

A 50 años de existencia, desde la periferia de la ciudad, aunque en el centro del conocimiento, refrendamos que somos una “Casa abierta al tiempo”... y a la creatividad, así como al compromiso social. ¡Larga vida a la Metropolitana!

Dr. Adrián Hernández Cordero
Jefe del Departamento de Sociología

Salud y bienestar. Una díada indisoluble¹

Marisol Pérez Ramos y María Luisa Mussot López

Regularmente los investigadores intentan responder a cuestiones como: ¿qué es la salud?, ¿qué elementos debe considerar su definición?, ¿qué factores la condicionan?, ¿cómo y quién debe realizarla?, ¿cómo la conciben las diferentes poblaciones y cómo cambia su parecer a través del tiempo?, ¿cuál es y cómo se relaciona con el bienestar?, entre muchas otras interrogantes. De ahí que hablar de salud no pueda hacerse desde una concepción única e inamovible y tampoco pueda responderse a las mismas preguntas de forma homogénea en todos los contextos, no obstante que en su definición general pueda haber elementos comunes. La salud definida como un hecho social debe ser objeto de debate permanente, discutirse su definición, sus alcances y sus determinantes.

Algunos estudios metaanalíticos (Lunt, Fishwick y Curran, 2014; van Druten, *et al.* 2022) han encontrado diversas aproximaciones sobre el abordaje de la salud, por ejemplo:

1. Salud como ausencia de enfermedad.
2. Bienestar físico, emocional, espiritual, incluyendo una descripción subjetiva del bienestar.
3. Capacidad de adaptación al cambio por la edad, el ambiente o las circunstancias de vida, es decir, la salud visualizada como un proceso.
4. Procesos de salud-enfermedad desde una visión holística.

¹ Agradecemos a María Lizbeth Miranda Flores y a Rosalinda Pérez Briseño por todo el apoyo técnico ofrecido para gestionar la edición de este libro.

5. Generación de procesos de autogestión para alcanzar la salud.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014: 1). Esta definición data de 1946, fue legitimada en 1948 y en la actualidad permanece vigente; sin embargo, la generalidad y complejidad de su objeto de definición una vez que se contextualiza en realidades sociohistóricas concretas –con diferentes factores políticos, sociales, económicos, geográficos y culturales, entre los más destacados– abre la discusión a analizarla y explicarla de acuerdo con los múltiples factores condicionantes –objetivos y subjetivos. Ello ha dado lugar a multiplicidad de miradas disciplinares, donde los diversos actores sociales involucrados juegan un papel central.

Por otra parte, bienestar es un término polisémico sobre el cual tampoco hay un acuerdo ni en su delimitación ni en su definición. En general, se reconoce que el bienestar involucra interacciones e interrelaciones mutuas entre los ámbitos sociales, físicos y psicológicos del individuo y su contexto (Sweet, 2018). El bienestar implica tener las condiciones materiales y emocionales que hagan a las personas sentirse bien, esto es, que cada integrante de una comunidad se encuentre en un nivel óptimo de funcionamiento psicológico, social y físico para poder prosperar y tener un impacto positivo en su entorno (Lunt, Fishwick y Curran, 2014). Bienestar es un término complejo que implica un proceso colectivo y, desde la perspectiva de los derechos humanos, un compromiso social al que está obligado el Estado a garantizar a la sociedad a través de sus instituciones, siguiendo las reglas de equidad y justicia, e implica la generación y aplicación de políticas públicas que lo materialicen, así como un sistema sociocultural que así lo permita y legitime. El bienestar es multidimensional, sus componentes son indisociables, lo que favorece y apremia a su realización en espacios sosten-

tables, con acceso a los servicios esenciales de calidad y con oportunidad para un desarrollo social e individual en paz y con experiencias de vida satisfactorias.

Multiplicidad de libros y artículos académicos hablan sobre el tema de la salud y muchos otros respecto del bienestar; no obstante, los menos reflexionan sobre la salud y el bienestar como un binomio indisoluble; quienes sí lo hacen explícitamente son los que miran la dupla desde la medicina social o desde la salud colectiva, entre otros Arellano, Márquez y Gil (2011). La importancia de estudiar a la salud-bienestar como una sola identidad radica en dejar atrás la identificación biologicista de la salud como ausencia de enfermedad y sobre la que debe incidirse casi exclusivamente de acuerdo con el desarrollo técnico-científico. Esta aproximación tiende a pensarle como un asunto de orden individual y no social, distanciado de su comprensión como resultante de la condensación de distintos determinantes sociales y culturales, mismos que son condición esencial del bienestar tanto material como emocional. Asimismo, considerar de forma conjunta la salud y el bienestar trasciende la noción que piensa que su atención tiene como propósito central mantener a la población funcionalmente productiva, es decir, supera desdeñar incluir en la atención el conjunto de condiciones necesarias para que las personas puedan alcanzar una vida plena física y emocionalmente, tanto en lo individual como en comunidad –bienestar integral–, al tiempo que deja de responsabilizar conseguirla de manera individual, lo que supone fragmentar la idea del bienestar en su determinación histórica y sociocultural.

Además de la pluralidad de visiones hay una amplitud, así como diversidad de miradas disciplinares, a veces coincidentes, otras no, desde donde se concibe la salud y el bienestar, se definen, se hacen efectivos y se particularizan o no, según la población objetivo y su contexto sociocultural. De entre ellas destacan: la medicina, la filosofía, la psicología, la sociología, el trabajo social, la antropología y la medicina social, por mencionar algunas. En su interior, a su vez, se distinguen variados

objetivos de estudio y metodologías de análisis que inciden en las estrategias de producción y atención de la salud-enfermedad como un proceso, así como en su relación e incidencia con el bienestar. Además, en el punto de vista que corresponde a las personas o actores involucrados sobresalen miradas que privilegian las condiciones objetivas, otras por el contrario enfatizan las subjetivas, o bien hay quienes lo hacen en su intersección. También están presentes las perspectivas de quienes están directamente involucrados en la determinación del proceso de la salud-bienestar desde una mirada intersectorial, o sólo sectorial, o la de quienes la realizan focalizando la atención a la enfermedad, o aquellas de quienes enfatizan en las y los receptores de las intervenciones, quienes toman o no en cuenta sus variados contextos socio-económicos y culturales; todas representan perspectivas, visiones históricas que se modifican a través del tiempo junto con el desarrollo social y científico-técnico.

Está claro, por tanto, que para hacer un recorte de la realidad para analizar el tema de la salud-bienestar convergen distintas circunstancias, dimensiones y actores, lo que es indicativo de la complejidad y riqueza del tema, destacando su acercamiento, así como posible impacto en el bienestar de la persona en lo individual y colectivo.

De este escenario deriva la intención de este libro de presentar una muestra, aunque parcial, del abanico de posibilidades de tratamiento sobre el tema. Se buscó que confluyeran contribuciones diversas, con miradas distintas pero que coinciden en considerar a la salud-bienestar como un proceso no circunscrito sólo a la presencia/ausencia de enfermedad y que sus análisis revisan diferentes condiciones, tales como: los contextos de política que las determinan, las instituciones que las materializan, las experiencias profesionales que conllevan, la percepción de quienes están inmersos en los procesos de intervención, desde lo individual a lo comunitario y en contextos diferenciados.

El libro busca seguir abriendo el debate en torno a la unívoca relación de la salud-bienestar, así como respecto de su materia-

lización objetiva y en lo concerniente a las experiencias de vida de las personas. El libro se pensó desde la idea de la dualidad salud-bienestar como yuxtaposición compleja e inseparable que permite interrogar la realidad de manera diferente.

Por ello, las colaboraciones aquí incluidas tienen el propósito de contribuir a dar cuenta, desde una visión multidisciplinar, de modos diversos de entender el binomio salud-enfermedad, así como de problematizarlo y analizarlo de manera diferenciada, pero complementaria: proyectos de desarrollo, evolución de las políticas, cambios institucionales, experiencias profesionales, tipos de padecimientos, estrategias y modelos de atención, prácticas de vida, percepciones, contextos varios, por mencionar algunos.

Acorde con lo anterior, se busca que el libro permita al lector preguntarse si es suficiente con instrumentar modelos de atención técnico-científicos cada vez más desarrollados pero alejados de las experiencias de vida de las personas; si las políticas deben continuar centrándose sólo en medidas prescriptivas de atención a los padecimientos sin considerar las condiciones económicas, sociales y culturales de las personas, mismas que generan comprensión sobre la adherencia diferenciada a los tratamientos. Tal es el caso, por ejemplo, de la diversidad de recomendaciones hechas sobre la importancia de cuidar la salud a través de la difusión de estrategias de prevención, aunque pese a ello las enfermedades no se detectan ni son sentidas por las personas ni tampoco atendidas o son vistas tardíamente.

Un caso representativo de ello es el caso del cáncer cervicouterino. Al respecto, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) indicó que, pese a que entre 2012 y 2022 hubo una baja en la incidencia de mortalidad, de 12.6 a 5.7 por 100 mil mujeres, respectivamente, el Instituto demostró que el índice de pobreza de las localidades hace variar la tasa en casi un 52%, señalando que Chiapas es el estado con la más alta del país (IMSS, 2022). Asimismo, hace constar que ha disminuido el riesgo de infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en las regio-

nes donde han aumentado los niveles socioeconómicos. De ahí que en virtud de estos datos deba preguntarse: ¿vale sólo con insistir en la profusión de políticas centradas en la prevención del cáncer cervicouterino sin considerar los aspectos sociales e institucionales en los que viven y se atienden o no las mujeres?, ¿su aparición, profusión o atención tardía depende centralmente de hábitos individuales o innatos, o por riesgos causados por descuido de las mujeres? Es importante hacer una reflexión crítica sobre los riesgos que conlleva entender a la salud de manera aislada sin integrar su comprensión en el conjunto de los componentes del bienestar, proceso ineludible para el mejoramiento de la vida de la población en general.

Concebir a la salud-bienestar de manera interrelacionada y mutuamente condicionante resulta también fundamental cuando se analizan, por ejemplo, los efectos nocivos de la pandemia de COVID 19. Colocaron en el centro del debate público la urgente necesidad de analizar la salud y el bienestar de manera unívoca y mutuamente interrelacionada, ello como consecuencia de los estragos causados por la pandemia a la salud y al bienestar de las personas: altas tasas de morbilidad y su agravamiento resultado de las condiciones mórbidas prevalentes en las personas –enfermedades crónico-degenerativas asociadas al entorno cultural, alimenticio y mercadotécnico, entre otros–, una acentuada mortalidad, incremento de los padecimientos de salud mental, así como degradación de las economías, ingresos y convivencia familiares –aislamiento y la necesidad de tener que quedarse en casa. La afectación a la salud ocurrió en paralelo a la acontecida en el bienestar en términos materiales, sociales y afectivos: desempleo, subempleo, precariedad laboral, escasos ingresos, nuevos riesgos, convivencia familiar y social deterioradas, violencias, ansiedad y estrés (daño a la salud mental del conjunto de la sociedad) (Alvarado y Alvarado, 2020; Aragón, 2021; Noguez, 2022; Robles, Junco y Martínez, 2021). Situaciones que hubo que enfrentarlas con las políticas e instituciones públicas fuertemente erosionadas en infraestructura,

equipamiento y personal, como consecuencia de la reforma estructural de mercado de la salud iniciada a principio de la década de 1980 y que perduró por casi tres décadas y media.

Estudiar la salud y el bienestar como una mancuerna mutuamente condicionante constituye un terreno de investigación relevante que involucra comprender el marco institucional en el que tanto la atención de la enfermedad (de origen biológico, psíquico o social) como su traducción en salud y la generación del bienestar deben continuar enfrentándose de manera simultánea; este libro busca coadyuvar a ese propósito.

En virtud de lo complejo e interesante de la discusión sobre la reconstrucción en la delimitación sobre el bienestar y la salud en México, así como por estar viviendo en una pospandemia (si puede denominársele así), el presente libro busca visibilizar la importancia de las distintas visiones de la salud, del bienestar y de su articulación indisociable, desde las ciencias sociales. El libro da cuenta de algunas de las realidades y desafíos que se enfrentan en el presente en materia de salud y bienestar integral de la población, particularizando en los obstáculos al acceso y garantía de atención con oportunidad, calidad y calidez, propósito que se logra al presentar variados estudios desde distintas perspectivas sobre: el desarrollo del sistema sanitario y de bienestar, las transformaciones en las instituciones públicas y su modernización de mercado, los nuevos retos y riesgos en salud en el presente derivados de la dinámica demográfica, de la transición epidemiológica, de las enfermedades emergentes y de sus consecuencias, así como de estudios de caso sobre experiencias y prácticas profesionales concretas respecto de intervenciones, particularizando en temas de salud mental.

El libro permite dar cuenta de que la salud y el bienestar pueden y deben entenderse como una interrelación indivisible, concreción de un binomio de dos dimensiones, además de destacar de manera general que en el centro del debate están las personas en contextos de desigualdad, afectaciones a sus derechos y a su bienestar *integral* (bio-psico-social).

Este texto se divide en dos partes que permiten mostrar el alcance de los análisis hechos por los y las autores. La primera parte da cuenta de manera crítica del diseño y ejercicio de las políticas públicas en lo que respecta propiamente a las instituciones y con relación a procesos particulares implicados en el cuidado colectivo. La segunda parte contiene diversas experiencias, aplicaciones y análisis particulares referidos a la atención de la salud mental en diferentes contextos y sus impactos en el bienestar social.

Los dos primeros capítulos del libro aluden a procesos estructurales. El primero es relativo al sistema sanitario en general. Aborda las condiciones de las instituciones de salud en México desde su creación y los retos a los que se han enfrentado en el tiempo; lo más interesante es que pone en la mesa la importancia de generar un sistema de cuidado nacional, tema que empieza a discutirse en varios ámbitos, así como la importancia de generar un modelo de seguridad social integral. En el mismo sentido, en el segundo capítulo el estudio habla críticamente sobre el proceso de “modernización” mercantil que sufrió el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo 1982-2018, relacionada con las transformaciones del orden social y político que vivió el país en ese periodo. Explica cómo el IMSS de bien público se convirtió en una suerte de empresa-público-mercantil que transfiere numerosos recursos públicos a manos de los privados, conteniendo el crecimiento de la infraestructura pública para garantizar la protección de la salud y el bienestar, en detrimento de la garantía de los derechos y de una atención oportuna, con calidad y buen trato tanto a las personas derechohabientes como beneficiarias.

El tercer, cuarto y quinto capítulos focalizan su atención en los obstáculos que experimentan las instituciones públicas para brindar una atención oportuna y de calidad a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social, con énfasis en ciertos padecimientos. El tercero explica que la dinámica demográfica del

presente se acompaña de la ampliación de la longevidad, cuestión social que supone nuevas necesidades y riesgos, mismos que demandan el urgente establecimiento de políticas públicas que atiendan tanto las enfermedades crónicas que enfrenta la población envejecida como un sistema de cuidados para ofrecer un sistema de bienestar integral. En este mismo sentido, el capítulo cuarto destaca un mal funcionamiento de las instituciones públicas, con importantes obstáculos y dilaciones en la detección y atención oportuna de padecimientos de alta morbilidad, como el cáncer de mama, particularmente en mujeres que viven en situación de vulnerabilidad social. Problemática similar es analizada en el capítulo quinto respecto de la deficiente capacidad y las múltiples dificultades que enfrentó la implementación del programa de vacunación a durante la pandemia de COVID 19 a nivel nacional.

El libro incluye a la salud mental como parte esencial del análisis de la salud-bienestar, entendiéndola como esencia de un derecho fundamental de la población y no dentro de un proceso de diagnóstico aislado; es decir, como parte del proceso y no sólo una causa o consecuencia de éste. Así, en el sexto capítulo se hace un análisis de tres modelos de análisis de la salud mental, el cual ubica a las intervenciones no sólo en el nivel individual, sino que considera la visión grupal, comunitaria e institucional. Otro desafío en la revisión de la salud mental es la construcción de instrumentos de tamizaje válidos y sensibles a las poblaciones a las cuales se aplican; la psicometría facilita este proceso, pero advierte que no deben hacerse generalizaciones, pues aunque facilitan el diagnóstico también pueden omitir variables que visibilizan las características específicas de ciertos grupos, mismas que el séptimo capítulo considera con detalle.

En los siguientes tres capítulos se presentan resultados de investigaciones sobre intervenciones particulares desde un análisis psicosocial sobre el bienestar en mujeres en diferentes contextos y procesos socioeconómicos (Colombia y México, los dos pri-

meros). Delinean los factores protectores que facilitan el alcance de un bienestar comunitario, y muestran las deficiencias y necesidades de los sistemas públicos y privados; para lograrlo, las y los autores señalan que, en la complejidad del establecimiento de un Estado de bienestar, las acciones no sólo deben ser de orden individual, sino que también tienen que considerar las redes sociales de apoyo construidas por las poblaciones.

Un tema que no se ha estudiado con profundidad y merece su atención es el de las cuidadoras de enfermos crónicos, reflexión que se hace en el último capítulo. Con base en el análisis narrativo de diversas cuidadoras, los autores constatan que no sólo es complicado para los enfermos acceder al sistema de salud, sino que este tampoco permite que las cuidadoras puedan realizar sus acciones y así garantizar bienestar a quienes atienden; este hecho obstaculiza los procesos de cuidado en los que está involucrada la sociedad y su contribución al bienestar.

En general, el presente libro muestra una diversidad de visiones sobre la salud y el bienestar, y reúne diferentes perspectivas desde una visión multidisciplinaria, que incorpora distintos niveles de análisis, por lo que puede resultar poco habitual la organización y estructura de éste. El objetivo fue analizar críticamente el abordaje del bienestar y la salud destacando los factores y procesos que inciden en su materialización conjunta, evitando el lugar común que responsabiliza a las personas (en su individualidad) de su autocuidado, y enarbolando un abordaje macrosocial, multidisciplinario y multifactorial, así como entender que el binomio bienestar-salud es constitutivo y constituyente de múltiples procesos. Como indica el título que encabeza esta introducción: salud y bienestar son indisolubles.

Referencias bibliográficas

- ALVARADO, E. y Alvarado, P. (2020). “Gestión de las finanzas personales y ansiedad financiera en tiempos de Covid-19”, *Redieluz*, 10 (2): 116-124.
- ARAGÓN F., J. (2021). “Pandemia global y desigualdades locales: implosión política, económica y social en México”, *Études caribéennes* (49). DOI: <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.21569>
- ARELLANO, O. L., Márquez, J. A. R. y Gil, J. B. (2011). “Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas”, en Ma. de C. Chapela Mendoza y Ma. E. Contreras Garfias (coords.), *La salud en México*. México: UAM Xochimilco, pp. 93-123.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (2022). *Epidemiología del cáncer cervicouterino* [blog], 15 de agosto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Gobierno de México. Recuperado de <<https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>>
- LUNT, J., Fishwick, D. y Curran, A. (2014). “Wellbeing tree: tool for workplace health bears fruit”, *Occupational Health*, 66 (7): 24-25.
- NOGUEZ, R. (2022). “Pandemia afectó economía de 1 de cada 2 mexicanos”, *Forbes México* [en línea], 11 de mayo. Recuperado de <<https://forbes.com.mx/pandemia-afecto-economia-de-1-de-cada-2-mexicanos/>>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2014). “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, en *Documentos básicos* (48ª ed.). Ginebra: OMS, pp. 1-21. Recuperado de <<https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>>
- ROBLES, A., Junco S. J. E. y Martínez, V. M. (2021). “Conflictos familiares y económicos en universitarios en confinamiento social por COVID-19”, *CuidArte*, 10 (19). DOI: <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2021.10.19.78045>
- SWEET, T. (2018). “Definitions of healthcare”, *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 18(3): 24-25.
- VAN DRUTEN, V. P., Bartels, E. A., van de Mheen, D., de Vries, E., Kerckhoffs, A. P. M. y Nahar-van Venrooij, L. M. W. (2022). “Concepts of health in different contexts: a scoping review”, *BMC Health Services Research*, 22 (1). DOI: <https://doi.uam.elogim.com/10.1186/s12913-022-07702-2>

Primera Parte
Crítica a políticas públicas
y cuidado colectivo

Bienestar social y salud.

Apuntes para una reflexión

*Gustavo Leal Fernández,
Héctor Javier Sánchez Pérez y Cristina Gordillo Marroquín*

Condición de las instituciones de seguridad social antes de la pandemia

El complejo proceso llamado Revolución mexicana promulgó la nueva –y aún vigente– Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917, en la que, por primera vez en el mundo, se elevaban a ese rango los derechos y garantías sociales (Álvarez del Castillo, 1978). Esta indiscutible vanguardia postulaba un ramillete de serios compromisos, especialmente aquéllos relativos a la protección social: salud, pensiones y vivienda (Córdova, 1989; González, 2010).

El 28 de agosto de 1931 se promulgó la primera Ley Federal del Trabajo, reglamentando el artículo 123 constitucional en materia laboral, en el que se atendían los aspectos individuales, colectivos, administrativos y procesales (De Buen, 2005). En la década de 1940 se implantó la Ley del Seguro Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) materializando el espíritu del Constituyente de 1917 al brindar los servicios de salud y un amplio paquete de prestaciones sociales (Secretaría de Gobernación [Segob], 1943). Esa Ley del Seguro Social fue considerada, en su momento, como una de las más avanzadas del mundo en materia de protección social (Barajas, 2010).

El 30 de diciembre de 1959, como organismo público descentralizado y dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, nació el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuyo objetivo era administrar los seguros, prestaciones y servicios que contempla su

Ley (Segob, 1959). De la misma manera, en el año de 1962 se diseñó una reforma a la Ley Federal del Trabajo, adicionando el apartado B del artículo 123 constitucional, que reconoce la naturaleza laboral de las relaciones entre el Estado y sus servidores públicos (Segob, 1962).

En el año de 1973 se reformó la Ley del IMSS, estableciéndose los seguros de invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, gracias a lo cual diferentes generaciones disfrutaban de pensiones, cumpliendo los requisitos de Ley con tasas de reemplazo de hasta el 75% del promedio salarial de sus últimas 250 semanas de cotización (Segob, 1973).

En 1995-1997 (bajo la presidencia del priista Ernesto Zedillo), con el argumento de la “inviabilidad financiera y operativa” del IMSS y, desconociendo la calidad de la administración gubernamental que derivó en el deterioro de los servicios de salud, se puso sobre la mesa la privatización de los recursos pensionarios que implicaba efectuar una reforma a la Ley de 1973 del Seguro Social (IMSS, 1995).

Como resultado de esa reforma, el gobierno de Zedillo ofreció una “solución tecnocrática” a la situación que representaban los jubilados y pensionados del apartado A (Segob, 1995). Desde ese momento, las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) se encargaron de “administrar” –lucrando– los ahorros pensionarios de los trabajadores mexicanos, especulando financieramente con ellos y sumando, al año de 2023, 5.5 billones de pesos que representan 19.1% del producto interno bruto (PIB) del país (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro [CONSAR], 2023).

Sin embargo, las pensiones que pagan esas AFORE siguen siendo miserables. De esta forma, mientras los trabajadores cobijados por la Ley IMSS-73 cuentan con una pensión del 75% del promedio salarial de sus últimas 250 semanas de cotización (tasa de reemplazo) (CONSAR, 2018), los trabajadores cuyos fondos de pensión son administrados por las AFORE apenas pagan pensiones de alrededor del 25% del promedio salarial

(Sánchez-Pérez, Leal y Montiel, 2022), comprometiendo su bienestar social y disponibilidad de recursos durante su vejez.

Debe destacarse que, así como se privatizaron las pensiones, la gestión neoliberal desde Miguel de la Madrid (1982-1988) hasta Peña Nieto (2012-2018), también intentó reiteradamente someter el sector sanitario al imperio del sector asegurador privado (Leal y Sánchez-Pérez, 2015). Durante los años noventa el menoscabo en los servicios de salud se reflejó en los excesivos tiempos de espera y la mala calidad de la atención, así como la privatización paulatina por medio de la subrogación de diversos servicios a empresas privadas, entre muchos otros (Leal, 2003, 2008a, 2009a).

De igual forma, en el año 2004 el gobierno de Vicente Fox –bajo el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)– creó el Seguro Popular (SP) como un esquema de aseguramiento público en salud mediante la afiliación voluntaria, dirigido a la población que no contaba con un esquema de seguridad social “convencional” a través de una relación de trabajo (trabajadores por cuenta propia o del sector informal y desempleados), la cual, junto a sus familias, representaban cerca del 50% de la población (Secretaría de Salud [SSA], 2004a). Ese SPSS buscaba “brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud” (SSA, 2004b, párr. 2). Dicho esquema de afiliación permitía a las familias beneficiarias el acceso al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que abarcaba 284 intervenciones médicas –hasta 2019–, agrupadas en cinco segmentos: prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia (Leal, 2013). Simultáneamente ofrecía acceso a servicios médicos de alta especialidad para la atención de enfermedades de alto costo que ponían en riesgo la vida y el patrimonio familiar. Todo ello cubierto –en teoría– por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos con financiamiento tripartita (aportaciones del gobierno federal, entidades federati-

vas y contribuciones de los afiliados), así como de otras fuentes (intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, aportaciones adicionales provenientes de donaciones y aprovechamientos fiscales) (ssa, 2004a). Eso que no era “seguro” ni mucho menos “popular” se presentó como la alternativa para la atención en salud de la población sin acceso a la seguridad social.

En la práctica, el *sp* mostró un frágil proceso de implementación, saturado de incumplimientos y envuelto en intensa corrupción (Copo, 2018). Al poco tiempo se hicieron evidentes sus fallas estructurales y de planeación, tales como las relacionadas a la escasez de servicios e intervenciones para el cáncer de mama, la notificación de enfermedades obligatorias, así como diversos problemas administrativos y de procesos de subrogación, junto con el escandaloso capítulo laboral que operaba –en contubernio con las dirigencias sindicales– contrataciones del equipo de salud sin seguridad social ni protección laboral mínima (Leal, 2013). De esta forma, el *sp* confirmó, nuevamente, la falencia que significa diseñar “soluciones” de escritorio sin pisar la arena real de la política pública (Manjone, 1997), evitando siempre entrar a las entrañas del asunto público, para sólo imprimirle una lógica mercantil.

Recién iniciada la administración de Felipe Calderón (2006-2012), el 31 de marzo de 2007 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el Decreto de Ley que reformó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Segob, 2007) bajo argumentos similares a los de la reforma de Zedillo al IMSS de 1995: déficit actuarial y flujo de caja insostenible dentro del régimen pensionario de beneficio definido; subsidios cruzados¹ hacia el fondo médico y de pensiones derivados de otros fondos: vivienda y préstamos personales, entre otros. De esta forma, la tecnocracia calderonista

¹ Son aquellos que implican cobrar tarifas por debajo de los costos a un grupo de usuarios (generalmente domésticos) y tarifas por encima del costo a otros (por ejemplo, al sector industrial y comercial).

–aliada con el Partido Revolucionario Institucional (PRI)– optó por imponer a todos los trabajadores de nuevo ingreso un sistema de cuentas individuales (Leal, 2008b, 2009b). Además, la nueva Ley introdujo también cambios significativos en el Seguro de Salud, fortaleciendo la línea privatizadora que ya se insinuaba –sin acabar de materializarse (Leal, 2004)– en la reforma Zedillo al IMSS de 1995.

Y ya durante el periodo de Peña Nieto (2012-2018), en el marco de la “oferta” de nueva “universalidad” de la salud (Leal y Sánchez-Pérez, 2014), la tecnocracia priista encargó a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) un estudio cuyas recomendaciones para mejorar el sistema de pensiones en México forzaban un incremento a las contribuciones obligatorias, así como un aumento en los años de cotización y de la edad de jubilación (OCDE, 2016).

Mientras tanto y atendiendo un amplio consenso nacional, desde la Comisión de Seguridad Social del Senado de la República –en ese entonces presidida por el senador Fernando Mayans Canabal (del Partido de la Revolución Democrática)– se impulsaba la propuesta de que, antes de cualquier reforma en materia pensionaria, debería integrarse una comisión de expertos que levantara un estudio en la materia sobre el régimen de jubilaciones y pensiones en México, con la finalidad de elaborar una propuesta en beneficio de todos y no sólo de los intereses de quienes administran los recursos para el retiro (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2023).

La pandemia provocada por el virus SARS-COV-2 y sus impactos

Desde diciembre 2019 se originó en China una emergencia –inicialmente soslayada a nivel mundial– que puso sobre la mesa la gigantesca vulnerabilidad que porta la realidad de la globalización, con su enorme movilidad e intenso intercambio de personas, productos y servicios, lo que constituye un gran escenario facilitador de enfermedades infectocontagiosas; una

realidad global que atentó directamente contra el bienestar de las sociedades (Suárez *et al.*, 2020).

La pandemia de COVID-19 cambió significativamente –al menos durante tres años– varios aspectos de nuestras vidas, aceleró procesos, visibilizó deficiencias y forzó posibles cambios. Asimismo, impactó sobre esa realidad global del modelo neoliberal, agudizó las tendencias mundiales que afectaron negativamente el PIB de la gran mayoría de los países, algunos de los cuales llegaron a la recesión, se profundizó la desigual distribución del ingreso y la riqueza, se incrementaron las inequidades socioeconómicas, se deterioraron aún más los frágiles sistemas de salud, aumentó la brecha educativa y digital, así como la precariedad de las condiciones de vida de las personas de la tercera edad (Escobar, 2020). El cuadro mundial se complicó con la caída de los precios del petróleo, el Brexit del Reino Unido, las altas tasas de inflación, la interrupción de las cadenas de suministro, el conflicto Rusia-Ucrania, así como la guerra arancelaria y de semiconductores entre Estados Unidos y China.

Si bien es cierto que la pandemia de COVID-19 aceleró y agudizó una recesión global, también lo es que muchos mercados acarreaban ya tendencias negativas propias de las insuficiencias monetarias y de sus respectivas –fallidas– políticas económicas (AP, Xinhua y Reuters, 2023). En cuanto al entorno político, fue claro el quebranto de los gobiernos para enfrentar emergencias con acciones coordinadas que hubieran conducido a otros resultados. Es evidente que el contexto resultante de la emergencia pandémica reclama profundos cambios –no coyunturales–, sobre todo en materia jurídico-política de la arquitectura financiera vigente, así como de las estructuras de los partidos políticos, la participación ciudadana y la responsabilidad de los electores.²

² Los jefes de Estado y de gobierno del G-77, así como China, señalaron que: “Notamos con profunda preocupación que los principales desafíos generados por el actual orden económico internacional injusto para los países en desarrollo, han alcanzado su expresión más aguda en la actualidad debido, entre otras cosas, a los persistentes efectos negativos de la pandemia por COVID-19” (AP, Xinhua y Reuters, 2023)

La emergencia provocada por la COVID-19 derivó en encierro domiciliario para muchas familias, lo cual tuvo, entre otras consecuencias, implicaciones sobre la convivencia familiar y carencias económicas, sobre todo para los trabajadores sin empleo formal, generando también un aumento importante en el desempleo, que entre marzo y abril de 2020 osciló en alrededor de 12.5 millones de puestos de trabajo perdidos (CONSAR, 2021). Culturalmente, cada país recurrió a sus identidades y arraigos para enfrentar la adversidad. Este componente cultural, junto con la estrategia sanitaria nacional respectiva y las condiciones económicas prevalecientes, marcaron la pauta diferencial entre los distintos países en lo que toca al número de contagios, personas que enfermaron, en los que necesitaron hospitalización y se recuperaron e, infortunadamente, en el número de fallecimientos (ssa, 2021). En materia de protección social también fue evidente que aquellos países que apostaron tanto por invertir buenos porcentajes del PIB en salud como por fortalecer sus sistemas pensionarios tuvieron mejores condiciones de partida para atender la emergencia.³

Aún más controversial sigue siendo el tema vinculado con el desempeño de la Organización Mundial de la Salud (oms) y la Organización Panamericana de la Salud (ops) que, sin verse totalmente rebasadas, tardaron en establecer los esquemas de coordinación mundial –particularmente en el área de las vacunas–, lo cual detonó en un inaceptable mercado discriminatorio en el acceso a la inmunización (Escobar, 2020). La intervención del personal sanitario fue decisiva, aunque con el lamentable número de decesos y contagios que sufrieron en sus tareas (ssa, 2021).

La emergencia por la epidemia de COVID-19 fue enfrentada a nivel global con avances tecnológicos relevantes, sobre todo en los países que han apostado al impulso de las políticas públicas digitales y la inversión en investigación, desarrollo tecnológico,

³ Destacan Alemania, Suecia y Costa Rica.

innovación y pensamiento creativo, lo cual, lamentablemente, no es el caso de México ni de la gran mayoría de países en vías de desarrollo. Mientras, las autoridades federales sanitarias postulan fortalecer el Sistema Nacional de Salud (Leal, Sánchez-Pérez y Brower, 2023; Leal, 2023a), pero aún sin acabar de establecer un programa preciso para: la creación y mantenimiento de infraestructura de punta con revisiones de fondo para la mejora de los procesos sanitarios; la mejora franca en las condiciones laborales, de seguridad y salud en el trabajo de los equipos nacionales de salud con cualificaciones salariales; y, sobre todo, la inversión necesaria en tecnología que impulse vigorosamente el progreso en la atención de la salud.

El acceso a la salud en México

Este relevante asunto apunta hacia una profunda inercia neoliberal ligada directamente a los determinantes sociales (educativos, de empleo, desigualdad y pobreza, entre otros) y comerciales de la salud que expresan el insuficiente nivel de bienestar y salud de la mayoría de la población, y que se acarrean desde hace años en el marco de una verdadera representación popular por parte de los partidos políticos en el Congreso de la Unión.

Aunque se trata de un fenómeno de alcance global (Carbajosa, 2021), la inercia mexicana muestra la falta de una debida inclusión –sobre todo en los planes nacionales de desarrollo– de un adecuado diseño de políticas públicas orientadas a atender esta problemática que se refuerce de un apropiado programa de investigación científica y tecnológica, así como de un programa maestro de infraestructura, todos ellos con alcances para el mediano y el largo plazo. Debe destacarse que el asunto porta una dimensión de naturaleza estructural, debido a que apenas ahora, con el implante del Órgano Público Descentralizado (OPD)-IMSS-Bienestar(Segob, 2022a), se asume una

⁴ Iniciando con el del presidente Miguel de la Madrid en 1982.

agenda precisa orientada a atender la presencia de un derecho humano fundamental reconocido en el ámbito internacional y en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra dice:

toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (Cámara de Diputados, 2023: 10).

En el acceso a la salud coexiste un conjunto de factores, entre el derecho pleno de todo ciudadano a ser protegido cabalmente en su salud, y la definición clara y concisa de la ley a través de un basamento estructural y con opciones para ello. Deben agregarse tanto la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno como la responsabilidad social del Estado de materializar el derecho, de suerte tal que el acceso a la salud implique realmente que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que debe garantizarse por medio del abordaje de los determinantes sociales y comerciales de la salud, así como la implantación de un sistema de atención asequible para toda la población, es decir, con acceso efectivo a los servicios de salud vía la cobertura universal en salud.

Sin embargo, la realidad mexicana dista mucho de la ideal. Gran parte de la población enfrenta condiciones de salud deterioradas y no dispone del acceso a los servicios adecuados (OCDE, 2019). Se trata de una necesidad insatisfecha. Aun con la disminución de las tasas de mortalidad de algunos problemas de salud, el incremento en la esperanza de vida, así como la erradicación y control de algunos padecimientos, privan también las poco honrosas cifras de obesidad, tuberculosis, mortalidad por algunos tipos de cáncer, muertes por diabetes mellitus y gra-

ves problemas por hipertensión (INEGI, 2022). Asimismo, los niveles actuales de cobertura de los servicios de salud están lejos de alcanzar la universalidad; es el caso de quienes habitan tanto en zonas rurales como en las semiurbanas y urbanas periféricas (Leal, 2023a).

En este contexto, debe destacarse que una de las principales barreras que han dificultado el acceso a los servicios de salud –además de las de tipo estructural (rezago social de algunos grupos poblacionales, dispersión geográfica de algunas comunidades, diferencias culturales y lingüísticas, entre otras)– ha sido el empeño neoliberal por dismantelar paulatinamente la red pública de servicios, pretextando, tramposamente, el argumento que recurre sistemáticamente a la falta de recursos para continuar con la ampliación de la infraestructura.⁵

Todo este empeño soslayó que lo que estaba sobre la mesa constituía una demanda directamente vinculada con la tutela de un bien vital para la cultura del bienestar, asociada, además, con intervenciones preventivas de Atención Primaria de la Salud (APS) y curación resolutive de alto alcance y con impactos directos sobre el bienestar de la población. A las fallas estructurales de los diseños de escritorio neoliberales⁶ debe agregarse –por este mismo motivo– el altísimo nivel que alcanzó la corrupción sectorial,⁷ saqueando literalmente las instituciones. Sólo entre los años 2000 a 2020 la cobertura de afiliación a algún servicio

⁵ Véanse al respecto los materiales de Julio Frenk preparados para la Fundación Mexicana de la Salud (Funsalud), así como la posición asumida por Santiago Levy como director general del IMSS, bajo la presidencia de Vicente Fox (2000-2006), quien incluso diseñó una arquitectura para “constituir reservas” (aún vigente) para “estabilizar” la dinámica financiera institucional en deterioro directa de la prestación de servicios de salud (Leal, 2009a).

⁶ Muy especialmente el denominado “Seguro Popular” que, tal como ya se mencionó, no era seguro ni mucho menos popular debido, entre otros aspectos, a su estructura ineficiente, recursos exorbitantes mal direccionados, falta de transparencia y de sentido inclusivo –de ahí su carácter discriminatorio–, dotado de procesos burocráticos de afiliación y con costo para los usuarios-pacientes.

⁷ Profusamente documentada por la Auditoría Superior de la Federación.

de salud pasó del 40.8% al 73.5%, sin que ello se tradujera en acceso real ni tampoco en servicios de calidad y con oportunidad en todos los niveles de atención (INEGI, 2021).

Dicha situación fue ampliamente criticada en las campañas presidenciales 2006, 2012 y 2018 del candidato Andrés Manuel López Obrador, en las que se documentó –y exhibió– el lamentable estado del sector durante el neoliberalismo y, una vez en la presidencia de la República –ya como “Cuarta Transformación” (4T)–, se inició el proceso de corregir, no sin muchos problemas, la situación del sector salud. El 29 de noviembre de 2019, a través de una reforma a la Ley General de Salud, se decretó la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) con el propósito de brindar acceso universal y gratuito en servicios de salud y medicamentos, sustituyendo al ya mencionado Seguro Popular (Segob, 2019). El Insabi inició operaciones el 1 de enero de 2020 como un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud federal (ssa), ofreciendo servicios en todas sus clínicas y hospitales, bajo la premisa de brindar servicios de salud de forma gratuita y de calidad, bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión (Insabi, 2020), con excepción del denominado “tercer nivel” –servicios otorgados por los institutos nacionales de salud y hospitales federales de referencia nacional y hospitales regionales de alta especialidad– que siguieron teniendo costos de recuperación hasta que fue establecida su gratuidad el 1 de diciembre de 2020 (Insabi, 2022).

El balance sobre la gestión y desempeño del Insabi es un tema que sigue estando abierto al debate público y que deberá aún ser ampliamente documentado.⁸ Al cierre del año 2020 -en plena pandemia- el INEGI (2022) confirmó que, de los 128 millones de mexicanos, cerca de 93 millones contaban con algún

⁸ Sobre ese desempeño están patentizadas sus fallas operativas, falta de planeación, inadecuada organización, objetivos opacos y sin estructura acorde a las demandas de la población sin acceso a servicios de salud, así como lo referente a su gestión presupuestaria (Badillo, 2023), entre muchos otros aspectos.

tipo de seguro, siendo el IMSS el de mayor número de asegurados (más de 47 millones de derechohabientes) y el ISSSTE (con más de 7.1 millones) (INEGI, 2020). El 30 de mayo de 2023 fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el decreto por el que se extinguió el Insabi, pasando sus funciones al servicio de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Bienestar) (Segob, 2023a). Con ello, el Organismo Público Descentralizado (OPD)-IMSS-Bienestar debe colaborar con la SSA en la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social.⁹

Bienestar social

Entre los siglos XVI y XVIII surge y se consolida el Estado moderno con el que se desarrollan sistemas de asistencia pública que buscan proporcionar ayuda a los ciudadanos que estaban imposibilitados para trabajar por cuestiones de edad o enfermedad. La Revolución Industrial despertó –en escenarios de gran desamparo para los trabajadores frente a las contingencias sociales, malos salarios y jornadas extenuantes– la urgencia de explorar soluciones estatales. Surge así el inicio de la protección social: ahorro, seguro privado, mutualidad, responsabilidad civil y asistencia pública. De esta forma nacen las políticas de bienestar social, abarcando desde leyes laborales hasta sistemas de seguridad social (Nugent, 1997).

En el siglo XX se expanden los sistemas de bienestar social, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial: Declaración Universal de los Derechos Humanos y desarrollo de los derechos de segunda generación: económicos, sociales y culturales, fundamentados en las ideas de igualdad y acceso

⁹ Para un análisis detallado de los desafíos que enfrenta el proceso de federalización de la salud para la población sin seguridad social pueden verse diversos artículos de Gustavo Leal F., en el periódico *La Jornada*, durante los años 2019-2023.

garantizado a bienes, servicios y oportunidades económicas y sociales, decisivos en la procuración de mejores condiciones de vida, mediante el acceso a la educación, a la salud y a la libertad sindical, entre otros.

A finales del siglo xx se generalizó la idea de que el bienestar social no sólo tenía que ver con las necesidades individuales, sino también con la vida en comunidad. De tal suerte que, a partir de 1980 se incluyeron aspectos como el medio ambiente saludable o la ausencia de guerras como medidores de bienestar social. Hoy día contamos, además, con los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, también conocidos como DESCAS (López y López, 2015).

En el siglo xxi el bienestar social ha cobrado especial importancia vía la demanda de mejores condiciones de vida a través del acceso y asequibilidad a más y mejores servicios educativos, de salud, alimentación, vivienda y bienes de consumo. Estas demandas suelen ser usadas por la clase política como oferta electoral, frecuentemente incumplida.

Existen diferentes acepciones sobre el significado del bienestar social. El Instituto Nacional de Estadística (INE) de Madrid lo define como la “igualdad de oportunidades extendida a todos los bienes, materiales e inmateriales, que se consideran socialmente deseables” (INE, 1999: 13), e incluye aspectos que componen la calidad de vida, tales como el empleo digno, la disponibilidad de recursos económicos suficientes para satisfacer las necesidades, vivienda digna, acceso a la educación y a la salud y tiempo de ocio.

Es un hecho que para alcanzar el bienestar social se requiere de políticas fuertes de protección social centradas en las necesidades de las personas. La definición de la ONU enfatiza la igualdad de oportunidades, pero no solamente en los bienes materiales, sino también en los inmateriales, que son aquellos conocidos como intangibles, que no tienen una entidad física y que sólo pueden ser percibidos a través del mutuo reconocimiento de ciertos derechos y obligaciones, por ejemplo, un

seguro médico. De igual forma, se reconoce que el bienestar social tiene incidencia en la calidad de vida y este concepto se ha seguido ampliando.

En México, una aproximación al Estado de bienestar social puede apreciarse en la siguiente línea cronológica de la creación de las siguientes instituciones y organismos de salud en el país:

- 1905. Hospital General de México.
- 1917. Consejo de Salubridad General (CSG) y Departamento de Salubridad Pública (DSP).
- 1937. Creación de la Secretaría de Asistencia Pública (SAP).
- 1943. Fusión del DSP y la SAP para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA); creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Hospital Infantil de México.
- 1952. Instituto de la Vivienda (INVI).
- 1953. Asociación Mexicana de Hospitales.
- 1959. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).
- 1961. Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), posteriormente Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- 1962. Comisión Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo)
- 1964. Instituto Nacional Indigenista (INI).

El periodo posrevolucionario, particularmente en los años del denominado “desarrollo estabilizador”, fue prolífico en la creación de instituciones que hasta la fecha perduran y, a pesar del desmantelamiento neoliberal, así como de la falta de recursos para su operación, siguen siendo piezas fundamentales del bienestar social. En este periodo se crearon los siguientes aparatos del bienestar:

- 1970. Instituto Nacional para el Desarrollo de Capacidades del Sector Rural (Incaper)
- 1972. Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda de los Trabajadores (Infonavit)
- 1973. Consejo Nacional de Fomento Educativo (Conafe)
- 1979. IMSS-Complamar, el cual, después de habersele cambiado varias veces de nombre, actualmente es el IMSS-Bienestar
- 1982. Programa de Apoyo Alimentario (PAL)

Con el arribo franco del neoliberalismo (Miguel de la Madrid, 1982-1988) y la llamada “década perdida”, y hasta el año 2000 que cierra el primer ciclo del PRI autoritario (Garrido, 1988), inició también la espiral regresiva en materia de bienestar, que habría de culminar en el incremento rampante de la desigualdad, así como en índices de pobreza/pobreza extrema y deterioro de las instituciones públicas de salud, educación, esquemas pensionarios y empresas paraestatales, todos los cuales –vía privatizaciones, decretos de desaparición o insuficiencia presupuestaria– fueron desmanteladas o desaparecidas en detrimento directo de los niveles de bienestar.

Hacia 1985 inició también la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada –la cual concluyó en el año 2000– y en 1987 se creó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Asimismo, en este periodo se crearon los siguientes programas sociales neoliberales:

- 1988. Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol)
- 1995. Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá)
- 2000. Programa de Apoyo a la Educación Indígena

Y la “alternancia” panista en la presidencia de México (2000-2012) incorporó:

- 2002. Programa de Empleo Temporal
- 2003. Sistema de Protección Social en Salud, teniendo como brazo operativo al Seguro Popular.
- 2007. Programa Oportunidades (Prospera).

El retorno del “nuevo PRI” en 2012, con Enrique Peña Nieto, encaró la ensanchada brecha del bienestar social heredada por las administraciones panistas (Senado, 2014), con un paquete de 14 reformas ultraneoliberales que habrían de cerrar el círculo del “nuevo PRI” con la desaparición de 43 jóvenes estudiantes en Ayotzinapa, Guerrero. El saldo del gobierno de Peña Nieto resultó muy poco alentador: menor y peor acceso a los servicios de salud,¹⁰ elevados niveles de desnutrición propiciados por la mala alimentación por no contar con recursos suficientes para acceder a la canasta básica, y continuidad de la privatización educativa, con altos niveles de deserción escolar y baja matrícula en instituciones de educación superior, que año con año dejaban fuera del sistema escolar a alrededor de 90% de las y los postulantes a ingresar en dicho nivel de estudios. El crecimiento de la violencia y corrupción desenfrenadas impactaron directamente sobre los niveles de bienestar, mientras el gobierno de Peña Nieto diseñaba un “Programa Nacional de Prevención del Delito”, con resultados poco exitosos.

El 1 de diciembre de 2018 asumió la presidencia Andrés Manuel López Obrador, quien desde su llegada impulsó una batería de programas enfocados a la mejora del bienestar social y simultánea reversión de la agenda neoliberal, con especial énfasis en los más desprotegidos, con capacidades diferentes, jóvenes desempleados, adultos mayores y personas en alto índice de marginación, con cobertura gratuitas “desde que los ciudadanos nacen, hasta que se mueren” (Forbes Staff, 2020).

¹⁰ Especialmente durante el paso del extractor de la UNAM, José Narro Robles, al frente de la Secretaría de Salud.

De esta forma, la historia reciente del bienestar social sigue siendo una apuesta abierta.

El proceso de la salud individual y colectiva en México

Es importante establecer que existe una gran confluencia entre la salud individual de las personas, la salud colectiva¹¹ y la atención primaria a la salud (APS) con su componente de acción comunitaria.¹² Ello facilita la investigación, análisis y evaluación de los alcances de las políticas diseñadas, así como las previsibles mejoras contempladas.

Para ello es necesario definir conceptos claros y precisos, como el de “salud”, partiendo de lo definido por la OMS (1949) el 22 de julio de 1946 y que entró en vigor en 1949:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados (OMS, 1949: 1).

Esta definición contempla a la salud desde los distintos aspectos médicos del ser humano, englobando tanto el aspecto social como el de derechos humanos, poniéndola en el ámbito colectivo e individual en un contexto de condición *sine qua*

¹¹ La *salud colectiva* surge a fines de la década de 1970, con la perspectiva de construir un paradigma renovado “de la salud pública, de la salud comunitaria y de la medicina preventiva y social” que permita una nueva articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que converjan en el campo de la salud (Liborio, 2013).

¹² Para el concepto de APS ver los detalles en la referencia de Sánchez-Pérez *et al.* (2021).

non para la preservación de la seguridad y garantía de paz, aunque también como una responsabilidad bilateral de los Estados y sus ciudadanos. Si bien esta definición ha sido objeto de diversas críticas,¹³ es hasta la fecha la más utilizada en el mundo.

El 29 de octubre de 2018, Carissa F. Etienne, entonces directora de la Organización Panamericana de la Salud [OPS], respecto de la definición de salud expresó que: “La salud es un derecho de las personas y una responsabilidad de los Estados [...] la salud no es un privilegio, no es una mercancía. Es un derecho humano fundamental” (OPS, 2018: párr. 1), lo que obliga a los gobiernos a establecer una política pública en la materia amplia, con altas miras hacia la salud universal; dicho de otra manera, “no reducir la salud a un paquete mínimo de servicios esenciales cuando las personas se merecen mucho más” (OPS, 2018: párr. 14), lo que coloca los dos ingredientes de responsabilidad y derecho, esenciales en el entorno individual y colectivo de las personas y de las sociedades.

En México, José Narro Robles y Alejandro Fernández Varela, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) consideran que el concepto de salud ha evolucionado de conformidad con el pensamiento científico, tecnológico y filosófico prevaleciente, pero también debido al sistema político y social que determina el modelo de organización de los servicios (Na-

¹³ Varios autores han destacado problemas epistemológicos de esta definición, ya que, entre otros, da por sentado que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos “salud” y “bienestar”, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Se indica también que no clarifica quién decide lo que es bienestar y salud, además de que queda implícita su aplicación a todos los grupos sociales y a todos los periodos históricos por igual. Asimismo, se considera que está impregnada de un fuerte componente cultural, que en épocas de globalidad no le permite escapar de las presiones de intereses políticos y económicos de cualquier época y lugar. En este sentido, hablar de “completo bienestar” es subjetivo y funcional. Adicionalmente, se señala que la definición introduce implícitamente la noción de normalidad, lo cual es hasta cierto punto erróneo, ya que el adjetivo normal no necesariamente es sinónimo de salud, dado que, lo que puede ser considerado normal en un lugar, puede no serlo en otro. Por tanto, la salud es un concepto relativo, tanto en la dimensión espacial como temporal, variando de una cultura a otra según el contexto específico (Alcántara, 2008).

ro y Fernández, 2008). En su opinión, en el contexto actual, la salud que invoca la OMS (1946) no existe, toda vez que se trata de una idea completa, perfecta e inamovible y por ende utópica. Desde su óptica, hoy por hoy, la salud podría ser considerada como un proceso y no como un estado; en consecuencia, como una condición inestable, cambiante, una condición que tiene niveles y que es dependiente no sólo de las condiciones físicas o biológicas del individuo, sino también de los estilos de vida y de los aspectos que rodean al ser humano en su ambiente.

Los nuevos universos del bienestar social y la salud

Aspecto muy destacado lo ocupa el cuidado de la salud de los trabajadores desde una visión integral que amplía la sola exposición a los riesgos laborales. Desde la década de 1980 y como parte de la globalización neoliberal, el empleo ha sufrido cambios regresivos en derechos y beneficios. La involución pretende aniquilar el “empleo de por vida”, que garantiza en el trabajo ingresos regulares y continuos, pero, sobre todo, la certidumbre de la permanencia en una sola fuente laboral para consolidar una vejez digna (OIT, 2023). El desmantelamiento del “empleo de por vida” impulsó un modelo de flexibilización y laxitud laboral que extinguió conquistas laborales e impactó la fiscalidad de las instituciones de seguridad social. Ese fue el caso de la terciarización –hasta la reforma en la materia del 1 de septiembre de 2021–,¹⁴ con tareas abiertas aún en proceso. En el mismo sentido operan las contrataciones colectivas de protección patronal con sindicatos fantasmas.

Por otra parte, el internet cambió la vida de las personas, la producción, distribución, uso de los productos y servicios,

¹⁴ El 1 de septiembre de 2021 entró en vigor la reforma sobre el *outsourcing* o subcontratación en México, un esquema laboral bajo el cual una empresa terceriza el servicio de contratación (por ejemplo, si se trabaja para una empresa, el contrato no lo firma dicha empresa, sino otra compañía).

incluyendo el mundo del trabajo. La denominada Cuarta Revolución Industrial¹⁵ (telecomunicaciones y tecnologías de la información y comunicación [TIC]) logró la migración generacional desde la voz hasta el estándar 5G, ahora dotado de tecnologías exponenciales, incluidas las inteligencias artificiales, todas las cuales impactan directamente sobre el mundo laboral. En este sentido, existe cierto margen de especulación sobre los impactos que tendrá la revolución digital en el mundo del trabajo, particularmente por lo que toca a los procesos de desaparición de ciertos empleos, disminución de otros y la aparición de muchos más.

Es previsible que en el futuro cercano aparezcan diferentes esquemas de adaptación, aprendizaje y reaprendizaje, orientados todos ellos hacia la inserción/reinserción de los trabajadores en los *nuevos* puestos de trabajo. No obstante, como parte del nuevo entorno digital se aprecia desde hace tiempo, la presencia de empleos en las telecomunicaciones y las TIC. Por ejemplo, los *call centers*, que iniciaron con llamadas de voz y evolucionaron hacia los *centros de contacto*, donde conjugan servicios digitales de voz, correo electrónico, videollamadas y redes sociales, es decir, servicios para la atención del cliente.

En este contexto, no resulta extraña la precariedad laboral, en no pocos casos, la falta de condiciones favorables para la salud en el trabajo, así como el incumplimiento de las obligaciones de seguridad social –incluyendo pensiones– por la parte patronal, lo que revela la urgente necesidad de que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) e instituciones de seguridad social en México atiendan estos aspectos.

Hay que mencionar también las llamadas “nuevas formas de trabajo” y, dentro de ellas, la denominada “economía colaborativa”, que alude a actividades nacidas de las redes sociales: empresas proveedoras de servicios vía plataformas, como

¹⁵ La mecanización es considerada como la primera Revolución Industrial, la segunda es la electricidad, la tercera, la informática y, la cuarta, la digitalización.

Uber, Didi y Cabify para la movilidad; Airbnb para el hospedaje y Freecycle para intercambio de bienes usados. Ésta es, sin duda, una de las “nuevas formas” en las que más se violentan las relaciones laborales, toda vez que las empresas niegan reconocer la relación de trabajo y, para evadir obligaciones laborales y contractuales de seguridad social, optan por llamarlos “socios”. Buena parte de estas empresas son, además, transnacionales asentadas en paraísos fiscales, consolidando así el círculo de evasión y elusión de obligaciones. Con frecuencia, a sus clientes se les toman datos para nutrir el “trabajo fantasma”,¹⁶ sin pagar un centavo por ese cúmulo informativo.

El debate se ha encendido con las inteligencias artificiales y el Chat GPT (Transformador Generativo Preentrenado),¹⁷ los cuales constituyen un gran avance, aunque con el riesgo de impactar en la posible pérdida de empleos debido a su potencial para sustituir numerosas actividades –hoy realizadas por seres humanos–, aun cuando en la actualidad no estén reguladas y se desconozca a ciencia cierta los posibles riesgos derivados de su utilización, al menos en la salud de los trabajadores. De igual manera, la pandemia de COVID-19 impulsó significativamente el trabajo a distancia, teletrabajo, extendiéndose a labores administrativas, digitalizadas o automatizadas. Día con día se multiplican los sectores económicos que ponen en marcha sistemas de gestión algorítmica (SGA), con modificaciones en los procesos de trabajo, buscando incrementar la producción, para lo cual emplean esquemas de supervisión extrema, vigilancia constante y retroalimentación en tiempo real.

Por otra parte, debe señalarse que el impacto del avance tecnológico, al modificar sustancialmente los empleos, se ha traducido en riesgos de naturaleza psicosocial que generan “tec-

¹⁶ Se refiere a ofertas de empleo que las empresas anuncian como vacantes, pero que no están destinadas a cubrir algún puesto.

¹⁷ Es una aplicación consistente en un modelo de lenguaje ajustado con técnicas de aprendizaje supervisado y aprendizaje por refuerzo.

nopadecimientos” que empiezan a ser contemplados en algunas legislaciones nacionales. El entramado de la evolución tecnológica apunta hacia la persistente informalidad en el empleo que acosa a más de 32 millones de trabajadores. Esta cifra ampara un gran número de ellos a los que, bajo el pretexto de la evolución tecnológica, se les relega del empleo formal bajo figuras de *freelancers* y pago por honorarios con esquemas leoninos de contratación.

A la situación anteriormente descrita debe sumarse que las condiciones actuales –y muy probablemente futuras– del mercado de trabajo, han comprometido severamente la seguridad social solidaria, principalmente desde la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR-1992), las reformas de Ernesto Zedillo al IMSS (1995) y las de Felipe Calderón al ISSSTE (2007).

Para contrarrestar los posibles efectos en la salud de los trabajadores, así como para recuperar la seguridad social solidaria –incluyendo un remodelaje pensionario global–, enseguida enumeramos una serie de acciones que contemplan la *participación conjunta* de gobiernos, instituciones del trabajo y seguridad social, sindicatos, organizaciones industriales y empresariales y, de manera muy importante, de la ciudadanía:

1. La precarización del empleo generada por la flexibilidad vía la tercerización y la contratación colectiva de protección patronal deben ser enfrentadas estableciendo, para la terciarización, un programa conjunto de cumplimiento normativo (COMPLIANCE), auditorías y fortalecimiento de la inspección entre la STPS, SHCP, SAT e IMSS; y para la contratación colectiva de protección, profundizando el mecanismo ya puesto en marcha por el Nuevo Modelo de Justicia Laboral derivado de la reforma a la Ley Federal del Trabajo (LFT) (2019). Sin embargo, hay que enfatizar que, tanto el Centro Federal de Conciliación y Registro Laboral como la propia STPS deben ser fortalecidos para hacer cumplir la Ley y recuperar así la soberanía en materia laboral.

2. Es menester que México impulse una política de Estado transversal en materia digital para acortar la brecha y con integración holística de las telecomunicaciones, radiodifusión, TIC, investigación y desarrollo tecnológico, ciencia, tecnología, innovación y pensamiento crítico. Esta política debe integrar puntualmente –con alcance transexenal– el Plan Nacional de Desarrollo 2024-2030 (por un periodo mínimo de 25 años), traduciendo en sendos planes de conectividad, infraestructura y banda ancha, que hagan así viables y operables las tecnologías exponenciales para concretar los programas de telemedicina y educación digital, entre otros. Existe ya una iniciativa ciudadana en la materia.
3. Para enfrentar la creciente especulación e incertidumbre que despierta la evolución tecnológica, digitalización, la Cuarta Revolución Industrial y la relocalización (*near-shoring*), sería muy oportuno que la STPS y la Secretaría de Economía (SE) coordinen un estudio de impacto en el empleo por rama de industria. Ello complementaría el documento “Rumbo a una política industrial”, apenas presentado por la propia SE (2022).
4. Dado que nuestro modelo educativo está rezagado respecto de las necesidades actuales y futuras –dejando a los egresados en una gran desventaja comparativa–, es pertinente que la SEP encabece la actualización de planes de estudios e impulse el modelo de educación dual (aula/práctica) –ya normado– con énfasis en el desarrollo de habilidades blandas: trabajo en equipo, inteligencia emocional y empatía.
5. Para el caso específico del mundo laboral, la STPS, junto con empresas y organizaciones sindicales, podría detonar un programa de capacitación y capacitación para adquirir y actualizar habilidades vinculadas con la inserción y reinserción en aquellos empleos derivados de la evolución tecnológica.

6. Ante el crecimiento exponencial de los centros de contacto –que con frecuencia operan en espacios inadecuados–, las instituciones de seguridad social, junto con la STPS, podrían activar con un programa de inspección y revisión de condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Para el caso de la “economía colaborativa” y el trabajo de plataformas sería preciso considerar:

- a) Más allá de la labor del grupo de la OCDE que atiende la fiscalidad en el plano internacional por encargo del G-20, la SHCP podría fijar un impuesto transitorio a las empresas.
- b) Que el Poder Ejecutivo ingrese una iniciativa de ley para crear un capítulo especial en la Ley Federal del Trabajo (LFT) que rijan esa “economía colaborativa”, atendiendo adecuadamente el reconocimiento de su relación de trabajo.
- c) Que las instituciones de seguridad social, junto con la STPS y la SHCP, operen como rectores y vigilantes de una nueva figura de seguridad social digital que ampare las diferentes modalidades de empleo que se suceden en este entorno y garantice su protección legal.

7. Para las inteligencias artificiales y las tecnologías exponenciales, en concordancia con lo que ocurre en la Unión Europea, debe diseñarse una regulación que incluya una iniciativa de ley integral en el ámbito digital que contemple una ley de ciberseguridad, servicios digitales, mercados digitales, derechos digitales de los ciudadanos, protección a menores en el contexto digital y protección a la salud, entre otros. Para ello deberá crearse un “gabinete intersecretarial digital”.

8. En materia de teletrabajo, urge que la STPS y las instituciones de seguridad social den seguimiento puntual a lo que establece el artículo 311 de la LFT y el nuevo capítulo XX-Bis, así como lo estipulado en la NOM-037 que regula

sus condiciones de seguridad y salud (la cual entró en vigor en diciembre de 2023).

9. Entre los riesgos a la salud que conlleva el avance tecnológico destacan los factores psicosociales, incluyendo el síndrome de *burnout*. Frente a ellos se diseñó la NOM-035, que precisa etapas de difusión, adaptación e implementación en el mundo laboral. Lamentablemente, hasta la fecha es letra muerta. Es evidente que tanto la STPS como las instituciones de seguridad social deben armar una campaña para su cabal cumplimiento. Innovar en materia de seguridad social es la vía para una política social a la altura de la 4T, especialmente en la compleja dimensión la Cuarta Revolución Tecnológica

10. Por otra parte, la vertiginosa puesta en marcha de los sistemas de gestión algorítmica (SGA) debe ser atendida de forma estricta por la STPS. Debe componerse un capítulo especial de la LFT que regule las relaciones laborales individuales y colectivas. De igual forma, las instituciones de seguridad social deben efectuar los estudios del caso para prevenir, atender y sancionar los riesgos derivados de la gestión algorítmica a que están expuestos sus trabajadores. En este sentido, México requiere de una política de Estado *digital integral* que contemple aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, y así evitar que el Poder Legislativo siga sólo parchando leyes. Una vez concluida la etapa crítica de la pandemia de COVID-19, México requiere de trabajos y acciones encaminados a proteger las condiciones laborales, contractuales, de seguridad y salud en el trabajo de los profesionales de la salud que enfrentaron directamente los riesgos de vida que implicó su atención.

Bienestar social y salud para la relocalización (*nearshoring*). Tesla y el Corredor Interoceánico¹⁸

Las afectaciones provocadas por la pandemia de COVID-19 no sólo se limitaron al área de la salud de la población. También tuvieron un fuerte impacto negativo en las cadenas de suministros de las empresas que habitualmente buscaban abaratar costos mediante la adquisición de suministros o transfiriendo parte de su producción a otros países, generalmente asiáticos, principalmente China.

Como respuesta a este escenario, diversas empresas optaron por la estrategia de relocalización (*nearshoring*) para mover parte de su producción y que ésta se ubique más cerca de su destino final. México, debido a su colindancia con Estados Unidos, el mayor importador mundial (Thomson Reuters, 2023), se ubica en un escenario totalmente favorable para que más empresas de ese país adopten la relocalización y se concentren en México. Además, factores como la guerra fría tecnológica entre Estados Unidos y China (puede citarse el caso de los semiconductores), el Tratado entre México, Estados Unidos y Canadá (T-MEC), los bajos costos laborales en nuestro país y el buen desempeño de la industria nacional (como el sector automotriz, entre otros), hacen que la relocalización en México abra oportunidades a empresas de diferentes ramas, pero con el gran desafío de no repetir los altos costos sociales del modelo maquilador.

El anuncio de la instalación de Tesla en Nuevo León se centró en la atracción de inversiones, ofreciendo beneficios locales, sin la participación del gobierno federal como promotor de políticas de desarrollo en concordancia con las entidades federativas y adecuada comunicación hacia los gobernados. Dados los altos niveles de automatización con los que opera Tesla, llama la atención que, hacia mediados de 2024, se siga desconociendo

¹⁸ Este tema se ha tratado en Leal (2023b).

el estatus de la instalación, número de empleos, condiciones de trabajo y esquema de contratación.¹⁹

A su vez, el Corredor Interoceánico en el Istmo de Tehuantepec opera sobre una zona severamente deprimida, reconstruyendo infraestructura carretera, ferroviaria y licitando diez polos (parques industriales) con movimiento de contenedores que trasladarán la producción de diez ramas industriales. Para que este proyecto lleve beneficios a todos y no sólo a las firmas (como en el modelo maquilador) convendría considerar los siguientes aspectos:

- 1) transparencia con la sociedad y pueblos indígenas para que todos tengan conocimiento pleno del proyecto, queden involucrados y beneficiados;
- 2) el respeto al Estado de Derecho y que la atracción de inversiones genere empleos dignos que promuevan la movilidad social;
- 3) fomentar crecimiento económico basado en una nueva política industrial que siga los parámetros ya presentados por la Secretaría de Economía (SE, 2022);
- 4) incorporar metas de competitividad no sólo con los objetivos fiscales presentes en los dos recientes decretos sobre estímulos (Segob, 2023b, 2023c), sino también fijando criterios laborales y sociales cuantificables;
- 5) establecer compromisos con las empresas para que los trabajadores tengan acceso al proceso de transferencia tecnológica y esto les permita buscar y obtener empleos con mayor valor-conocimiento y desarrollo de tecnología;
- 6) implantar una política pública digital que amplíe esta infraestructura en la zona –con un plan nacional de banda ancha y conectividad– que materialice el artículo 6° cons-

¹⁹ Véase al respecto las declaraciones de Elon Musk anunciando la detención del proceso de instalación de la planta de automóviles en Nuevo León, hasta que concluyesen las elecciones de Estados Unidos en noviembre de 2024 (Vaquero, 2024).

titucional para que la garantía de derecho de acceso a las TIC, la banda ancha e internet sea una realidad;

- 7) poner en marcha una transformación digital que desarrolle habilidades de la población y trabajadores del Corredor vía autoridades, empresas, sindicatos y sociedad, tomando en consideración el beneficio fiscal que –sobre capacitación– establece el Decreto del pasado 11 de octubre de 2023 citado anteriormente (Segob, 2023c);
- 8) detonar programas de aprendizaje teórico-práctico (certificables), coordinados por la STPS y las secretarías de Trabajo locales para crear empleos de calidad con prestaciones de ley y promover el desarrollo de habilidades digitales y blandas en los trabajadores.

Dado el peso de la informalidad laboral y la realidad de trabajadores sin acceso a empleo formal con prestaciones de salud y seguridad social, TESLA y el Corredor Interoceánico constituyen claras oportunidades para generar empleos de calidad en un marco de bienestar. Se trata de introducir no sólo beneficios económicos sino también sociales –en contraste con el modelo maquilador–, lo que implica voluntad política y la coordinación de las secretarías del Trabajo y Salud con las instituciones de seguridad social, junto con representaciones sindicales, empresas y trabajadores para promover e inspeccionar entornos en los que la seguridad y salud en el trabajo sean prioritarios y equitativos, con perspectiva de género y derechos humanos, y que contengan enteras garantías de acceso a pensiones dignas.

Bienestar social, salud y Sistema Nacional de Cuidados²⁰

Como un importante avance en materia de seguridad social, México y, especialmente las mujeres, requieren de un Sistema Nacional de Cuidados estructuralmente desvinculado de pro-

²⁰ Al respecto puede verse también lo abordado en Leal (2023c).

puestas tecnocráticas para “potenciar” la “movilidad social” –minando el seguro social–, como sostienen el Centro de Estudios Espinosa Yglesias, la presunta Acción Ciudadana contra la Pobreza, el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria y el Instituto Mexicano para la Competitividad.

Desde hace tiempo se ha planteado la necesidad de institucionalizar el derecho humano al cuidado de quienes lo requieran, tales como los niños, personas enfermas, con alguna discapacidad y adultos mayores, lo que permitiría mejores posibilidades de desarrollo, autonomía y bienestar de este tipo de poblaciones en situación de dependencia que necesitan ayuda de otros para realizar sus actividades. De igual manera, también es menester garantizar los derechos de quienes proveen los servicios de cuidado, ya sea con o sin remuneración.

A este respecto, la Constitución Política de la Ciudad de México reconoce el derecho al cuidado de las personas.²¹ Para reglamentarlo el gobierno de la Ciudad remitió al Congreso local la Iniciativa de Ley del Sistema Integral de Cuidados (21 de marzo de 2018), formulada por organismos internacionales, sociedad civil, academia y organizaciones sociales, la cual aún está

²¹ Art. 9, inciso B: “Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado”.

Art. 10, inciso B.5.d.: “Las autoridades de la Ciudad establecerán, de conformidad con las leyes aplicables y en el ámbito de sus competencias, programas de Protección efectiva de los derechos de [...] los cuidadores de enfermos, promoviendo la firma de contratos entre éstos y sus empleadores. Su acceso a la seguridad social se realizará en los términos y condiciones que establezcan los programas, leyes y demás disposiciones de carácter federal aplicables en la materia.”

Art. 11, inciso A: “La Ciudad de México garantizará la atención prioritaria para el pleno ejercicio de los derechos de las personas que, debido a la desigualdad estructural, enfrentan discriminación, exclusión, maltrato, abuso, violencia y mayores obstáculos para el pleno ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales.”

pendiente de aprobación. Otras iniciativas formuladas por los partidos políticos han fracasado y, el 9 de octubre de 2023, la exalcaldesa de Iztapalapa Clara Brugada postuló que la Ciudad de México “sea vanguardia en un sistema de cuidados que libere tiempo a favor de las mujeres” (Jiménez, 2023: párr. 1).

A nivel federal, el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y la ONU-Mujeres prepararon en 2018, con base en el principio de progresividad de los derechos humanos, la Estrategia Nacional de Cuidados, que “obliga al gobierno a proteger el derecho al cuidado, a cuidar y establecer medidas que permitan su cumplimiento”, con una ruta crítica para establecerlo y la expedición de una Ley General.

Durante 2019-2020 en la Cámara de Diputados federal se presentaron cinco iniciativas de reforma (cuatro de Morena y una de Movimiento Ciudadano, MC) a los artículos 4 y 73 constitucionales. La Minuta –enviada al Senado el 18 de noviembre de 2020 y aún pendiente de aprobación– establece derechos a menores y a toda persona, al cuidado digno y a cuidar, implementando un Sistema Nacional de Cuidados y expidiendo la Ley General. Ya en el Senado, buscando salvar el “escollo constitucional”, Morena y sus aliados, junto con el PRI y MC, suscribieron la Iniciativa de Ley General del Sistema Nacional de Cuidados el 30 de noviembre de 2021, también aún pendiente de aprobación (Segob, 2022b).²²

No obstante, si bien se reconocen las bondades de un Sistema Nacional de Cuidados –como facilitar el acceso a las mujeres a mejores oportunidades laborales y educativas–, aún no está definido cómo implementarlo y financiarlo, además de que, tal como señaló el entonces subsecretario de Hacienda, Gabriel Yorrio, se trata también de “sacar provecho de una industria de servicio de cuidados” (Saldívar, 2023; Téllez, 2023).

²² En la fecha en que se publicó el presente el libro las iniciativas antes mencionadas aún estaban pendientes de aprobación y, en el caso del Sistema Nacional de Cuidados, también estaba por definirse cómo se habría de implementar y financiar.

Según Yorio, el costo de implementar el sistema a nivel nacional requeriría de entre el 1.2 y 1.4% del PIB y le tocaría al actual gobierno impulsarlo como uno de los grandes pendientes con la población, principalmente con las mujeres. En cuanto a su financiamiento, es posible que sea tripartita, similar al del sistema de pensiones, en donde el gobierno, empresas y trabajadores contribuyan: “Dado que las ganancias de incorporar a las mujeres en la economía son para todos y todas, todos tenemos que contribuir a éstas” (Saldívar, 2023: párr. 6).

De esta forma, si la actual administración pretendiese un Sistema Nacional de Cuidados que opere en el corto plazo, bien hará en diseñar un sólido esquema de financiamiento alejado de las simplistas propuestas tecnocráticas que sólo aspiran a hundir el “sesgo” laboralista de la seguridad social.

Bienestar y salud: propuestas para el diseño e implementación de una política pública transversal y de recontextualización del sistema y de las instituciones de seguridad social

El modelo neoliberal y globalizador generó *de facto* la privatización de instituciones y entidades públicas, con el aumento de la desigualdad, pobreza y desempleo, al tiempo que promovió una incorrecta distribución de la riqueza; asimismo, desmanteló los sistemas de salud e incrementó la brecha educativa y digital. Como si no fuera suficiente, precarizó la situación de las personas de la tercera edad con lo que se catalizó un amplio descontento social.

Este escenario puede ser enfrentado y revertido impulsando un nuevo contrato social que fomente nuevos equilibrios mientras se retoma el sendero de la convivencia social, fortaleciendo el acceso a la salud, educación, empleo y mejorando la distribución de la riqueza, el ingreso y la certeza económica a las personas de la tercera edad.

La vía para establecer ese nuevo contrato es un *gran diálogo nacional plural e incluyente* en el que participe toda la sociedad en el análisis, diseño de propuestas y toma de decisiones. Este

espacio deberá operar con la máxima de acuerdo con la cual “unidad no significa necesariamente unanimidad”.

Su agenda deberá considerar el bajo crecimiento económico resultante de la prioridad de la economía manufacturera, en la que sólo se maquila con empleo precario, bajos salarios, prestaciones mínimas, condiciones de trabajo-seguridad-salud ínfimas, y poco acceso a servicios de salud y vivienda digna. Urge por tanto el diseño de una política económica de mediano y largo aliento que incorpore la creación de esquemas de investigación y desarrollo tecnológico, así como procesos de capacitación y recapitación a los trabajadores que les permitan desarrollar habilidades blandas y digitales, capacidad creativa y de innovación, con el fin de lograr más y mejores empleos basados en el conocimiento tecnológico y la generación de alto valor agregado.

Esa nueva política deberá enfrentar también el déficit de creación de fuentes de trabajo que se expresa en que el 55% de la población económicamente (PEA) labora en el mercado informal (Rodríguez, 2023). Ese universo no dispone de protección social y sistema pensionario alguno. Igualmente, deberá contemplarse la modificación del marco legal económico-laboral-fiscal para incentivar el ingreso de las pequeñas y medianas empresas (PYMES) al mercado laboral formal y a la seguridad social. Es indispensable que se refuercen los avances en materia de eliminación-control de la tercerización (*outsourcing*) para que la autoridad laboral fortalezca la inspección del trabajo, sancione las conductas persistentes y regule el cumplimiento del marco legal establecido.

Además, específicamente en materia de bienestar, salud y seguridad social, la nueva agenda debe considerar que el crecimiento de la economía digital (también llamada economía colaborativa) vía el uso intensivo de plataformas, agudiza las tendencias a depreciar los derechos laborales al crear empleos mediante la figura de socio-adherido (o salarios asimilados), con lo cual se mercantiliza el trabajo, restando derechos a los involucrados, eludiendo impuestos y, en el caso de las grandes

empresas, llevando sus ganancias hacia otros países en los que tienen asentado su poderío económico (regularmente en paraísos fiscales) y dejando sin acceso a la seguridad social a sus trabajadores. Ante ello se debe establecer un marco normativo digital para todas esas empresas, partiendo de la premisa de que el que sean empleos digitales, diferentes a los ordinarios, no implica que no se les deban aplicar la legislación. Adicionalmente, tienen que crearse marcos acordes, tal y como lo está haciendo la Unión Europea y otros países, tanto en lo laboral como en lo fiscal, para impulsar y proteger los derechos de acceso a la seguridad social y en la búsqueda del bienestar.

Sería igualmente pertinente que la nueva agenda reforzara las acciones de bienestar, salud y seguridad social, superando el enfoque puramente asistencial. Es decir, evitando limitarse a otorgar apoyos económico-alimentarios que, a lo largo del tiempo, han sido ligados al control y clientelismo electoral. Se demandan, más bien, cambios estructurales que fortalezcan la educación, capacitación y formación ciudadana para garantizar la movilidad social efectiva bajo el amparo del modelo de seguridad social integral.

Otro eje relevante del “gran diálogo social” es el de la protección social. En sentido estricto: vivienda, educación, salud y pensiones. La mejora de la vivienda –ligada al entorno económico-laboral-productivo, al desarrollo social y al bienestar– deriva directamente del impulso y creación de empleos de calidad. En este “gran diálogo social” otros asuntos urgentes de atención son la migración y la inseguridad que afectan a todos y, en especial, al bienestar social.

Finalmente, es claro que las conclusiones de ese diálogo estarán centradas en el fortalecimiento de las instituciones públicas, sobre todo en lo que se refiere a la fiscalización y rendición de cuentas, con el objetivo de que cumplan su cometido para el que fueron creadas. Para ello es imprescindible la participación real de la sociedad, lo que permitirá la defensa de sus respectivas agendas de bienestar y salud.

Referencias bibliográficas

- ALCÁNTARA, G. (2008). “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, *Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1): 33-107. Recuperado de <<https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>>
- ÁLVAREZ DEL CASTILLO, E. (1978). *Los derechos sociales del pueblo mexicano* (3 tomos). México: Cámara de Diputados Federal, L Legislatura / Porrúa.
- AP, Xinhua y Reuters (2023). “Exige el G-77+China nuevo orden financiero mundial”, *La Jornada*, 17 de septiembre. Recuperado de <<https://www.jornada.com.mx/2023/09/17/mundo/020n1mun>>
- BADILLO, D. (2023). “Finado Insabi, una historia de retrocesos y simulaciones presupuestarias”, *El Economista*, 7 de mayo. Recuperado de <<https://www.eleconomista.com.mx/politica/Finado-Insabi-una-historia-de-retrocesos-y-simulaciones-presupuestarias-20230507-0003.html>>
- BARAJAS MARTÍNEZ, G. (2010). “Políticas de bienestar social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958”, *Política y Cultura* (33): 61-82. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422010000100004&lng=es&tln=es>
- CÁMARA DE DIPUTADOS (2023). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- CARBAJOSA AGUILERA, M. (2021). “Pierre Rosanvallon: *El buen gobierno* (Manantial, Buenos Aires, 2015) Traducción: Horacio Pons”, *Revista Internacional de Pensamiento Político*, 13 (1): 497-499. DOI: <https://doi.org/10.46661/revintpensampolit.4111>
- COMISIÓN NACIONAL DEL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO [CON SAR] (2018). *Pensión por Régimen 73* [en línea], 23 de mayo. Recuperado de <<https://www.gob.mx/consar/articulos/pension-por-regimen-73?state=draft>>
- (2021). “Impacto de la pandemia en el mercado laboral mexicano en el SAR”, *Apuntes sobre el SAR* (5): 1-18. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/656430/AP-05-2021_Impacto_de_la_Pandemia_en_el_Mercado_Laboral_VFF.pdf>
- (2023). *Informe Trimestral al H. Congreso de la Unión sobre situación del SAR*, abril, mayo, junio. Recuperado de <www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/855074/Informe_Trim_sar_2023.pdf>

- COPO, J. J. T. (2018). "Irregularidades financieras del Seguro Popular en los gobiernos de los estados", *Impunidad Cero*. Recuperado de <<https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/81/contenido/1539718949N35.pdf>>
- CÓRDOVA, A. (1989). *La nación y la Constitución: la lucha por la democracia en México*. México: Claves Latinoamericanas.
- DE BUEN, N. (2005). *Derecho del trabajo*. México: Porrúa.
- ESCOBAR, L. (2020). "Políticas *pro homine*" (inédito).
- FORBES STAFF (2020). "Como en Noruega o Dinamarca, AMLO promete sistema de salud de primera y gratuito", *Forbes*, 8 de enero. Recuperado de <<https://www.forbes.com.mx/como-en-noruega-o-dinamarca-amlo-promete-sistema-de-salud-de-primera-y-gratuito/>>
- GARRIDO, L. J. (1988). *El partido de la revolución institucionalizada*. México: Siglo XXI.
- GONZÁLEZ, M. del R. (2010). "Constitución, Revolución y reformas. Derechos individuales y derechos sociales", en Ignacio Marván Laborde (coord.), *La Revolución mexicana, 1908-1932*. México: CIDE / FCE / Conaculta / INEHRM / Fundación Cultural de la Ciudad de México, pp. 166-206.
- INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR [Insabi] (2020). "Instituto de Salud para el Bienestar" [en línea], 1 de enero. Recuperado de <<https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>>
- (2022). "Federalización de servicios de salud garantiza cobertura total y gratuidad a personas sin seguridad social: Insabi" [en línea], 3 de noviembre. Recuperado de <<https://www.gob.mx/insabi/prensa/116-federalizacion-de-servicios-de-salud-garantiza-cobertura-total-y-gratuidad-a-personas-sin-seguridad-social-insabi?idiom=es>>
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (1995). *Diagnóstico*. México: el Instituto.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA [INEGI] (2020). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?p_xq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64>
- (2021). *Censo de población y vivienda 2020*. Recuperado de <<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>>

- (2022). “Cuenta Satélite del Sector Salud de México 2021”, *Comunicado de Prensa* 779/22, 14 de diciembre. Recuperado de <<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/csss/csss2021.pdf>>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA [INE] (1999). *Indicadores sociales*. Madrid: INE.
- JIMÉNEZ, N. (2023). “Queremos una ciudad también de clase media”, *La Jornada*, 9 de octubre. Recuperado de <<https://www.jornada.com.mx/2023/10/09/politica/014e1pol>>
- LEAL, G. F. (2003). *Evidencia para las políticas*. México: Imagen Médica.
- (2004). *Discutiendo las instituciones de seguros especializadas en salud*. México: UAM-Xochimilco (Serie Académicos 50).
- (2008a). *El IMSS bajo el calderonismo*. México: ADN.
- (2008b). *El ISSSTE bajo el foxismo*. México: UAM-Xochimilco (Serie Académicos 88).
- (2009a). *El IMSS bajo el foxismo*. México: UAM-Xochimilco (Serie Académicos 50).
- (2009b). *ResISSSTE*. México: ADN.
- (2013). “¿Protección social en salud? Ni ‘seguro’, ni ‘popular’”, *Estudios Políticos* (28): 163-193. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0185-1616\(13\)71444-6](https://doi.org/10.1016/s0185-1616(13)71444-6)
- (2023a). “Agenda de salud (2024-2030)”, *La Jornada*, 5 de agosto. Recuperado de <<https://www.jornada.com.mx/2023/08/05/opinion/016a2pol>>
- (2023b). “Relocalización, Tesla, corredor interoceánico y seguridad social”, *La Jornada*, 14 de octubre. Recuperado de <<https://www.jornada.com.mx/2023/10/14/opinion/017a2pol>>
- (2023c). “Sistema Nacional de Cuidados y seguridad social”, *La Jornada*, 28 de octubre. Recuperado de <<https://www.jornada.com.mx/2023/10/28/opinion/021a1pol>>
- y Sánchez Pérez, H. J. (2014). *Seguridad social “universal”. Pisos básicos de protección 2013*. México: El Colegio de la Frontera Sur.
- y Sánchez Pérez, H. J. (2015). *Seguridad social “universal” 2013: Plan Nacional de Desarrollo y sector asegurador*. México: El Colegio de la Frontera Sur.
- , Sánchez Pérez, H. J. y Brower, C. (2023). “México. Agenda salud: 2024-2030” (inédito).
- LIBORIO, M. M. (2013). “¿Por qué hablar de salud colectiva?”, *Revista Médica de Rosario*, 79 (3): 136-141. Recuperado de <<https://www.studocu.com/>>

- latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/salud-y-conducta-humana/por-que-hablar-de-salud-colectiva-liborio/37412126>
- LÓPEZ ARELLANO, O. y López Moreno, S. (2015). “Origen y naturaleza de los derechos humanos”, en O. López Arellano y S. López Moreno (coords.), *Derecho a la salud en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 17-49.
- MANJONE, G. (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. México: FCE.
- NARRO, J. R. y Fernández, A. V. (2008). “La salud en México: concepciones, condiciones y políticas públicas”, en Seminario Derecho y Medicina, *Derecho y medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI*. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación / Fundación Mexicana para la Salud, A. C., pp. 111-125. Recuperado de <https://sistemabibliotecario.scjn.gob.mx/sisbib/po_2010/72394/72394_2.pdf>
- NUGENT, R. (1997). “La seguridad social: su historia y sus fuentes”, en N. de Buen y E. Morgado (coords.), *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, pp. 603-622. Recuperado de <<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/139/36.pdf>>
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO [OIT] (2023). *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: tendencias 2023*. Ginebra: OIT. Recuperado de <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_865368.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (1949). “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, *Diario Oficial*, t. LVI, núm. 32, 9 de septiembre. Recuperado de <<https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constitución%20de%20la%20Organización%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD [OPS] (2018). “La salud es un derecho de las personas y una responsabilidad de los Estados, afirma la Directora de la OPS” [en línea], 29 de octubre. Recuperado de <[https://www.paho.org/es/noticias/29-10-2018-salud-es-derecho-personas-responsabilidad-estados-afirmo-directora-ops#:~:text=de%20la%20ops-,La%20salud%20es%20un%20derecho%20de%20las%20personas%20y%20una,la%20Directora%20de%20la%20ops&text=Astan%C3%A1%20Kazajist%C3%A1n%2C%2029%20de%20octubre,\(ops\)%2C%20Carissa%20F](https://www.paho.org/es/noticias/29-10-2018-salud-es-derecho-personas-responsabilidad-estados-afirmo-directora-ops#:~:text=de%20la%20ops-,La%20salud%20es%20un%20derecho%20de%20las%20personas%20y%20una,la%20Directora%20de%20la%20ops&text=Astan%C3%A1%20Kazajist%C3%A1n%2C%2029%20de%20octubre,(ops)%2C%20Carissa%20F)>

- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO [OCDE] (2016). *Estudio de la OCDE sobre los sistemas de pensiones: México 2015*. México: CONSAR. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264250017-es>
- (2019). *Health At A Glance 2019 - Mexico*. París: OECD Publishing. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en>
- RODRÍGUEZ, D. (2023). “El trabajo informal crece en México y supera el 55%”, *El País*, 30 de junio. Recuperado de <<https://elpais.com/mexico/2023-06-30/el-trabajo-informal-crece-en-mexico-y-supera-el-55.html>>
- SALDÍVAR, B. (2023). “Sistema Nacional de Cuidados costaría hasta 1.4% del PIB: Yorio”, *El Economista*, 11 de julio. Recuperado de <<https://www.eleconomista.com.mx/economia/Sistema-Nacional-de-Cuidados-costaria-hasta-1.4-del-pib-Yorio-20230711-0112.html>>
- SÁNCHEZ PÉREZ, H. J., Leal, G. F., Escobar, D. y León-Cortés, J. L. (2021). *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar Visiones operativas de “la otra historia”*. México: El Colegio de la Frontera Sur.
- , Leal, G. F. y Montiel, A. P. (2022). *Pensiones en México. La CONSAR de Peña Nieto (2016-2018)*. México: El Colegio de la Frontera Sur.
- SECRETARÍA DE ECONOMÍA (2022). “Secretaría de Economía presenta la estrategia “Rumbo a una política industrial” [en línea], 20 de septiembre. México: Gobierno de México. Recuperado de <<https://www.gob.mx/se/es/articulos/secretaria-de-economia-presenta-la-estrategia-rumbo-a-una-politica-industrial-314996>>
- SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN [Segob]. (1943). “Ley del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (1959). “Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (1962). “Decreto que reforma el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (1973). “Ley del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (1995). “Ley del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (2007). “Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (2019). “Decreto que crea el Insabi y desaparece el Seguro Popular”, *Diario Oficial de la Federación*.

- (2022a). “Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (2022b). “Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de las leyes general de desarrollo social, general de salud, de asistencia social, y general de educación, en materia de sistema nacional de cuidados, suscrita por integrantes del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano”, *Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación* [en línea]. Recuperado de <http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2022/03/asun_4337466_20220317_1647544157.pdf>
- (2023a). “Decreto por el que se extingue el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) e integra sus funciones con el servicio de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Bienestar)”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (2023b). “Decreto por el que se fomenta la inversión de los contribuyentes que realicen actividades económicas productivas al interior de los Polos de Desarrollo para el Bienestar del Istmo de Tehuantepec”, *Diario Oficial de la Federación*.
- (2023c). “Decreto por el que se otorgan estímulos fiscales a sectores clave de la industria exportadora consistentes en la deducción inmediata de la inversión en bienes nuevos de activo fijo y la deducción adicional de gastos de capacitación”, *Diario Oficial de la Federación*.
- SECRETARÍA DE SALUD [SSA] (2004a). *Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf>>
- (2004b). “Seguro Popular de Salud” [en línea]. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <<https://salud.gob.mx/unidades/dgpfs/faq.htm#:~:text=Su%20prop%C3%B3sito%20es%20brindar%20protecci%C3%B3n,atenci%C3%B3n%20oportuna%20a%20la%20salud>>
- (2021). “Informes sobre el personal de Salud COVID19 en México 2021. COVID19 en el personal de salud en México” [en línea], 28 de octubre. México: Gobierno de México. Recuperado de <<https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid19-en-mexico-2021>>
- Senado de la República (2014). “Con punto de acuerdo, por el que se solicita a la SFP un diagnóstico integral sobre la corrupción en la administración pública

- federal en el sexenio anterior, suscrita por senadores del Grupo Parlamentario del PRI”, *Gaceta Parlamentaria*, LXII/2PPR-4/47539, 22 de enero. Recuperado de <https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_comision_permanente/documento/47539>
- SUÁREZ, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S. y Ronquillo de Jesús, E. (2020). “Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”, *Revista Clínica Española*, 220 (8): 463-471. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- TÉLLEZ, C. (2023). “Sistema Nacional de Cuidados en México: Esto ha dicho Gabriel Yorio”, *El Financiero*, 28 de abril. Recuperado de <<https://www.elfinanciero.com.mx/economia/2023/04/28/sistema-nacional-de-cuidados-en-mexico-esto-ha-dicho-gabriel-yorio/>>
- THOMSON REUTERS MÉXICO (s.f.). “Nearshoring: La solución actual para el comercio exterior” [en línea]. Recuperado de <<https://www.thomsonreutersmexico.com/es-mx/soluciones-de-comercio-exterior/blog-comercio-exterior/nearshoring-la-solucion-actual-para-el-comercio-exteior>>
- VAQUERO SIMANCAS, J. (2024). “Elon Musk paraliza la construcción de la fábrica de Tesla en Nuevo León”, *El País*, 23 de julio. Recuperado de <<https://elpais.com/mexico/2024-07-23/elon-musk-paraliza-la-construccion-de-la-fabrica-de-tesla-en-nuevo-leon.html>>

Modernización mercantil del IMSS. Obturación del bienestar

María Luisa Mussot López

Salud y bienestar son dos conceptos que se piensan constitutivos uno del otro en tanto que la salud puede ser concebida como condición de independencia personal y, por ende, como posibilidad de satisfacción de vida (Camarena, 2018). No obstante, este tema, analizado desde el proceso de mercantilización de las instituciones garantes de la salud y del bienestar mexicanas, así como de sus prácticas –IMSS–, muestra lo contrario. Indica que han ido desarrollándose paulatinamente procesos disociativos entre ambos, vinculados a la individualización y desnaturalización del bienestar, a los que se ha yuxtapuesto la mercantilización de la salud concebida esencialmente como atención a la enfermedad –desde una perspectiva esencialmente técnico-biologicista.

Las anteriores alteraciones han propiciado condiciones y criterios de producción social contrarios a experiencias de bienestar satisfactorias para quienes acceden a los servicios para hacer efectivos sus derechos. Han provocado la desconexión de la persona, en su individualidad, de una sociabilidad común propia a una experiencia de vida social constituida y restituida cíclicamente en procesos de interacción con una institución cuyo objetivo había sido garantizar progresivamente los derechos sociales a la salud y el bienestar social como bienes públicos, mandatado desde un acuerdo social signado constitucionalmente.

El objetivo del presente capítulo es desarrollar algunos argumentos que apoyen el debate sobre el análisis de las implicaciones del proceso de modernización mercantil del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sucedido de 1982 a 2018,

particularizando en su incidencia negativa en el bienestar y en la experiencia vivencial en torno a éste –individual y colectiva. Lo anterior debido a que el Instituto constituyó un determinante central en el complejo contexto donde se realizaba y realiza el bienestar de un importante segmento de la población mexicana –casi 48 millones de personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias del Instituto.

El estudio se realizó desde una perspectiva multidimensional que ambiciona concretar un enfoque de complejidad. Desde éste se busca dar cuenta que los determinantes del bienestar están asociados a la estructura, orden social, político y axiológico prevalecientes en tiempo y espacio –progreso social–, mismos que posibilitan y garantizan, o bien impiden, generar condiciones para el bienestar objetivo –salud-bienestar–, a la vez que repercuten de manera directa en las experiencias vitales de las personas –emociones y satisfacción de las personas con su vida o bienestar subjetivo. Estos entornos que explican por qué la mercantilización del IMSS ha obstaculizado que las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias alcancen niveles de bienestar de forma sostenida, incidiendo en que estas tengan una valoración de vida, tanto individual como social, alejada de experiencias satisfactorias, por la forma como acceden, se les prestan los servicios y son tratadas.

El texto muestra algunos de los principales cambios sucedidos al interior del IMSS derivados de las varias alteraciones a la estructura social que resultaron del cambio estructural del país hacia el modelo de desarrollo de libre mercado y que colocaron a éste como el eje de la organización social. En particular, se distinguen las transformaciones internas sucedidas en el Instituto, mismas que le desdibujaron como régimen de protección social solidario, integral, redistributivo y tendencialmente universal, cuyo fin se centraba en el bienestar de las personas. El Instituto atendía las necesidades de bienestar ante las vicisitudes –riesgos sociales– a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas, garantizándoles los derechos a la salud y a la seguridad social.

Dichos cambios condicionaron, reorientaron y reconceptualizaron a la salud y a la seguridad social desde una perspectiva y lógica mercantiles. Con ello se alteró la propia noción y las experiencias en torno al bienestar integral. El acceso efectivo a los derechos sociales –salud y seguridad social– conforma un constituyente indisociable y primordial del progreso social, por lo que su desdibujo y contracción es una muestra clara de la degradación del bienestar, tanto en su aspecto material como de satisfacción de vida.

La elaboración del estudio se realizó a partir de mirar y analizar el proceso histórico transversal de los factores multidimensionales que intervinieron en el complejo proceso de la modernización mercantil del Instituto. La estrategia metodológica seguida para analizar la mercantilización del bienestar fue de orden cualitativa a través de una revisión documental general de las reformas sanitarias y de la administración pública, y en particular desde un exhaustivo análisis de fuentes primarias del IMSS, de 1982 a 2018. La reflexión se ordenó identificando los procesos emergentes –únicos–; irrepetibles y coyunturales–; los repetibles –diversidad de aproximaciones para lograr un objetivo–; los históricos –de corta mediana y larga duración–, y cuando los hubo, los de ruptura.

imss, degradación del bienestar en el México neoliberal

La trayectoria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como institución de Estado, pionera y pilar de la realización y garantía integral del derecho social a la salud y la seguridad social, está vinculada a las pautas, prácticas y valores propios al desarrollo económico político y social prevaecientes en las etapas del México moderno. Las circunstancias y componentes de orden macroeconómico, sociopolítico y cultural que facultaron el fortalecimiento y crecimiento del Instituto en sus primeras cuatro décadas fueron transformadas desde la década de 1980. El país transitó de un capitalismo nacional productivis-

ta –industrialización– a un capitalismo de libre mercado global, financiero y de servicios, conversión que supuso una nueva forma de relación social entre el Estado, el mercado y la sociedad y, en consecuencia, la alteración sustantiva del modelo de bienestar integral que, aunque limitado en cobertura, era garantizado por la seguridad social –esencialmente a través del IMSS, institución de Estado pilar de su garantía plena.

Los cambios mencionados se explican por las premisas subyacentes al nuevo modelo de capitalismo de libre mercado, reconocido como capitalismo neoliberal. Este, en su versión de capitalismo financiero rentista, representa la superestructura ideológica y política del capitalismo moderno (Therborn, 1997) y se distingue por la infiltración del poder transnacional a los estados-nación soberanos, ciñéndose a él (Santelice, 2017).

Guiado por el credo del mercado como el mejor mecanismo para asignar recursos y satisfacer necesidades individuales, el Estado neoliberal se propuso dismantelar al Estado social de derecho, responsable del progreso social, que había sido progresivamente universal y aspiraba a consolidar una sociedad igualitaria y justa. Con el propósito de minar el compromiso social del Estado y su práctica con el bienestar, fueron impulsadas reformas sociales de mercado afines a los intereses de éste: individualizar el bienestar comprometiendo a las personas a realizarlo a través del mercado; mercantilizar los servicios públicos organizando y centrando su funcionamiento en la lógica de competencia de mercado para maximizar ganancias, además de desnaturalizar y atropellar los derechos sociales adquiridos a través de luchas y conquistas históricas, entre otras.

Estos cambios supusieron una novedosa forma de concebir el bienestar y la manera de realizarlo alejadas del compromiso social por el que el Estado se obligaba frente a la sociedad a garantizar colectiva e individualmente los derechos sociales con progresiva igualdad y universalidad. Su garantía como responsabilidad social fue sustituyéndose por la “libertad individual” de acceder a los servicios para satisfacer necesidades –aleja-

das de la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos. Hecho que supuso el abandono de las políticas de protección social de derechos y la reforma de las instituciones garantes, propósito por el que las diversas dimensiones del progreso social y del bienestar se han mercantilizado, o privatizado: la salud, la vivienda, la educación, la seguridad social, por mencionar sólo algunas.

El bienestar fue convirtiéndose en un asunto privado, responsabilidad de las personas y familias, quienes, de manera individual, poseen la “libertad” de acceder a cubrir sus necesidades sociales a través del mercado y con los proveedores de su preferencia, públicos o privados. Ello ha propiciado que la protección del riesgo social, que se realizaba desde el espacio público-estatal por medio de instituciones públicas de protección social garantes de los derechos, se reemplazara por una gerencia mercantil de las organizaciones públicas y por el acceso al bienestar de forma individualizada y en la figura de consumidores (clientes) y no personas titulares de derechos.

Además, el dogma del libre mercado postuló la escasez de recursos para el bienestar, lo que provocó que la acción estatal fuera ajustándose a una atención técnica de orden subsidiario y temporal, independientemente de las particularidades histórico-contextuales, y que se concentrara en las poblaciones que viven en pobreza, acción que se conforma por ayudas asistenciales, focalizadas, condicionadas y selectivas. A esta población se le ofrece de manera individual y supeditada un mínimo de ingreso y acciones puntuales de alimentación, salud y educación, a efecto de acrecentar su capital humano –desarrollo de capacidades productivas–,¹ permitiendo así su inserción y competencia en el mercado (Feijero, 2005; Barba, 2013).

Esta reorientación sobre la responsabilidad social del bienestar ha implicado la aparición de una fuerte tensión para mantener

¹ Política orientada a la formación de capital humano, promoviendo el uso productivo del trabajo, bien que los pobres poseen en mayor abundancia (Banco Mundial, 1993).

la supervivencia de los regímenes de seguridad social –anclados al empleo formal asalariado y subordinado– dictando su paulatino desmantelamiento y desplazamiento hacia sistemas de Protección Social de Básicos Universales. El “universalismo de básicos” representa un nuevo paradigma del bienestar arraigado a un *ethos* meritocrático –ganadores y perdedores en el libre mercado–, en el que el acceso al bienestar es de orden individual y se percibe como paliativo contra la pobreza. El cambio de orientación ha sido justificado por el crecimiento de la informalidad laboral –desprotegida de la seguridad social–, sin que se atiendan las causas de su origen, generalización y sostenimiento en el tiempo –jurídicas, económicas y sociales. Los sistemas del universalismo de básicos están constituidos por estrategias de carácter asistencial, costo-eficientes, de política focalizada en población en condición de bajos ingresos y vulnerabilidad (CEPAL, 2006; OIT, 2010).

En este contexto y durante el periodo de los años ochenta hasta 2018, México transitó a un capitalismo nacional de libre mercado, competencia global y égida financiera, en detrimento del mercado interno nacional, modelo que permaneció en nuestro país como política de Estado hegemónica y por el que se impuso una nueva forma de acuerdo y regulación social: el liberalismo económico-social. Éste implicó cambios sustantivos en el modelo de bienestar y en el de sus instituciones garantes, particularmente las de la seguridad social, entre las que el IMSS fue pionera y pilar de la realización y garantía integral del bienestar integral en su calidad de institución de Estado.

Tres premisas guiaron la acción pública de esta regulación nombrada neoliberal: el descrédito del Estado interventor posrevolucionario en pro de la liberalización del mercado; el vaciamiento y privatización de lo público; y la exaltación y enardecimiento del individualismo y la competencia de mercado.

El Estado posrevolucionario mexicano había orientado e impulsado el desarrollo industrializador nacional con una política

de redistribución de la riqueza a través de un acuerdo político-corporativo con los sectores populares y variadas fracciones del capital, además de cumplir con las históricas demandas sociales. Su política social vinculada a la política económica abrigaba una orientación redistributiva, aunque en una relación de legitimidad por bienestar (Barba, 2007). La garantía del bienestar social formaba parte de la ecuación del progreso social: crecimiento económico, estabilización política, inclusión y justicia social. El ánimo para redistribuir la riqueza condujo a cimentar fuertes bases legislativas e institucionales desde el Estado tendientes a generar condiciones de vida óptima para las personas asalariadas y sus familias, garantizándoles progresivamente los derechos laborales y los sociales. La institución insignia que materializó este propósito –a través de ofrecer bienestar integral– lo constituyó el IMSS, en conjunto con otras acciones de política pública que tutelaron a los sectores más desprotegidos. Su amalgama permitió avanzar en el binomio de justicia social con estabilidad política.

La seguridad social fue signada constitucionalmente en 1929 como un derecho laboral y social que aseguraría la protección que toda persona puede necesitar ante las vicisitudes de la vida –enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez, vejez y muerte–, es decir, responsable y garante de la protección social de las personas trabajadoras asalariadas y sus familias durante todo el ciclo de vida –bienestar integral.

A la seguridad se le concibió como un bien público, lo que significa que:

1. La responsabilidad del bienestar corresponde al conjunto de la sociedad, para la que es relevante y por la que se protegen los riesgos sociales del ciclo de vida de las personas;
2. Su cometido es tanto colectivo como individual, confluyendo el Estado como garante del bienestar y las personas como titulares de derechos y beneficiarias;

3. El Estado representa al sujeto obligado de instrumentar y garantizar los derechos sociales del bienestar –protección social y salud del ciclo de vida de las personas– en oposición a la compra individual de seguros privados;
4. La responsabilidad de la institución pública que la representa e instrumenta es de naturaleza colectiva, redistributiva y solidaria; y
5. Su propósito es que, a través suyo, el Estado realice los derechos protegiendo socialmente a las personas en lo individual y colectivo, lo que promueve a su vez la estabilidad social y la legitimación política (Mussot, 2023).

Mercantilización del IMSS

El proyecto del liberalismo económico-social en México de 1982 a 2018 planteó como uno de sus objetivos esenciales el trascender el modelo intervencionista del bienestar –incompleto y autoritario (Barba, 2007)– a uno mercantil neoliberal. Ello significó “modernizar” las instituciones sociales a través de introducir la lógica mercantil en su organización, funcionamiento y cultura organizacional para así adecuar los bienes públicos a los objetivos, prioridades, estrategias y políticas del libre mercado –premisas para su privatización.

A lo largo de todo el periodo neoliberal el término “modernización” significó la introducción de estrategias gerenciales de mercado o de gestión privada destinadas a abrir espacios públicos del bienestar a la rentabilización privada, haciéndolas eficientes y productivas para, a largo plazo, transformarlas en espacios rentables y de competencia mercantil. El IMSS era considerado área prioritaria de amplio beneficio social o entidad estratégica de servicio institucional con función social, por lo que a través de su modernización buscaría eliminarse su carácter monopólico heredado del modelo desarrollista –monopolio del bienestar social. El fin de su modernización era concretar su

redimensionamiento como institución de Estado y su conversión en una empresa público-mercantil.

Las estrategias modernizadoras implementadas en dicho objetivo estuvieron orientadas por la lógica gerencial empresarial buscando conseguir la mercantilización del IMSS, su privatización silenciosa, propósito que se consiguió luego de un paulatino, secuencial y largo proceso constituido por la yuxtaposición de diversas estrategias de privatización: liberalización, desincorporación, desregulación, desreglamentación y contratación, entre las más significativas (Presidencia de la República, 1984, 2011; Salinas de Gortari, 1993; SCDA, 1996; SHCP, 1989, 1995, 1996, 2001, 2007, 2013; SFP, 2008). En la tabla 1 se define a cada una de ellas:

Tabla 1. Descripción de las estrategias de modernización mercantil

Estrategias de modernización mercantil del IMSS, 1982 a 2018	
Privatización	Liberalización
	Abolición del poder monopólico reglamentario del Estado, traspaso al sector privado.
	Desincorporación
	Cesión desde el Estado de las acciones públicas a los particulares vía su liquidación o traspaso con contratos de arrendamiento.
	Desregulación
	Derogación normativa obstáculo a la iniciativa privada para competir con el monopolio estatal, además de la promulgación de normas que modificaron las condiciones de competencia.
Privatización	Desreglamentación
	Eliminación de la norma tutelar de los intereses sociales para la libre acción de las fuerzas del mercado.
Privatización	Contratación
	Concesión a empresas privadas de la realización de actividades obligatorias del servicio público mediante la suscripción de Convenios.

Nota: elaboración propia con base en Sánchez (2010) y Steel y Head (1985).

¿Cómo se realizó la modernización del IMSS?

Las condiciones y factores que incidieron en la modernización mercantil del IMSS fueron multidimensionales. Destacan los que provocaron el deterioro institucional y allanaron el camino para su transformación mercantil, así como los que guiaron su cambio, derivados de las reformas de Estado neoliberales de la administración pública federal (APF) y del sector salud.

El largo proceso de débil crecimiento del PIB; la retracción de la inversión pública; la reducción del gasto público; la contención y baja en los salarios; el acuciante desempleo, la generalización de la informalidad y precariedad laboral; y el extendido empobrecimiento impactaron a la baja de las finanzas del Instituto durante la mayor parte del periodo de 1982 a 2016. El desfinanciamiento provocado por estas variables repercutió de manera directa en la erosión de la infraestructura institucional y del equipo, en el quebranto de los recursos humanos y en la degradación de la calidad de la prestación de los servicios – sociales, de salud y administrativos (IMSS, 1995, Tello, 2010; Terrones, 2011).

Esta situación se tradujo en una deficiente y poco oportuna prestación de servicios, de mala calidad, acompañados de maltrato por el personal del Instituto, debido a la sobre demanda de éstos. En consecuencia, se generaron experiencias insatisfactorias de vida, en lo individual y colectivo, en las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias, que afectaron negativamente su bienestar y que, en no pocos casos, se manifestaron a través de quejas (Osorio, Ravelo y Sánchez, 2006). La merma en la satisfacción de las experiencias de vida ha orillado, cuando las condiciones objetivas lo permiten – económicas, laborales, de tiempo, etc.–, a que las personas busquen la atención en los servicios privados, acción que en muchos casos subordina el bienestar material – resolución integral de la salud y con calidad– al bienestar de las emociones –experiencia de vida– por mejor trato y oportunidad de la

atención— (Laurell, 1999), degradando al bienestar concebido de manera integral.

La administración pública federal y el sector salud, como entidades de Estado, fueron reformados con base en los valores de mercado y a partir de ellos se dictaron los cambios que debía realizar el conjunto de las instituciones públicas de orientación social —seguridad social y salud. El IMSS, en su calidad de entidad paraestatal y garante del bienestar, estuvo obligado a seguirlos, propiciando su transformación mercantil. Dicha instrumentación sucedió acumulativamente en el largo plazo, con matices y adecuaciones propias acordes a las prioridades de quienes ocuparon el Ejecutivo federal —PRI-PAN-PRI—, el nivel de desarrollo alcanzado en los procesos de mercantilización y la evolución en las técnicas e instrumentos de la gestión empresarial introducidos.

Los cambios dictados tendían esencialmente a modificar las estructuras y el funcionamiento del Instituto, introduciendo como eje ordenador la lógica de mercado. La mercantilización del IMSS incluyó, entonces, cambios a su normatividad, estructura, organización, funcionamiento, cultura y valores organizacionales, procesos que terminaron convirtiendo al Instituto de bien público en una empresa público-mercantil. En términos del propio IMSS, a ello se llamó “modernización” y a inicios del nuevo siglo “innovación”.

En la tabla. 2 se muestran los principios orientadores, las estrategias de reestructuración y reordenamiento, así como las orientaciones que debían guiar la nueva gestión del Instituto, desde la racionalidad mercantil-privatista. En ellos coincidían las reformas que mandataron reformar al IMSS a lo largo del periodo de 1982 a 2018, tanto de la APF como del sector salud.

Tabla 2. Principios para guiar la nueva gestión del Instituto

Principios mercantiles de la APF y sector salud, guía de la reforma del IMSS		
Eficiencia, Eficacia, Equidad,	Productividad Calidad	Conforme a criterios de distribución de universos de usuarios, regionalización y escalonamiento de servicios.
Estrategias para la reestructuración mercantil del IMSS (APF y sector salud)		
Sectorizarse bajo la rectoría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) Desconcentrar las áreas administrativas y las funciones Desregular Redefinir las líneas de autoridad Fomentar la participación del sector privado en provisión de servicios Promover la subrogación interinstitucional de servicios en concertación con el sector privado – retraerse como sector público/combatar todas las concentraciones Coordinar intersectorialmente los servicios abriéndose a los privados Promover la autonomía de gestión Cuadros básicos de insumos a nivel sectorial		
Orientaciones hacia una gestión mercantil del IMSS (APF y sector salud)		
Simplificación administrativa Planeación Evaluación –indicadores de eficiencia y productividad Automatización de procesos, gobierno electrónico y digital Capacitación y profesionalización en la lógica mercantil		Control Racionalización costo-eficiente de estructuras, recursos huma- nos, materiales y financieros Coordinación intersectorial Implantar paquetes básicos de in- sumos a nivel sectorial

Nota: elaboración propia con base en LGS (1984, 2003); SSA (1984); SS (1991, 1996, 2001, 2008, 2011, 2014, 2015); LOAPF (1982); Presidencia de la República (1983, 2011); Salinas de Gortari (1993); SCDA (1996); SHCP (1989, 1995, 1996, 2001, 2007, 2013); SFP (2008).

Estrategias mercantiles para la transformación del IMSS de bien público a empresa público-mercantil

En el proceso de largo plazo –1982 a 2018– para hacer transitar al Instituto de un bien público a una empresa público-mercantil, siguiendo las directrices de la APF y de la reforma estructural del sector salud, destacan dos momentos, mismos que se distinguieron con matices en una línea acumulativa de continuidad –inicio de procesos y consolidación.

Primer momento

El primer momento del proceso de mercantilización del Instituto corresponde a los gobiernos de Miguel de la Madrid, Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo, de 1982 a 1994. En este periodo la mercantilización fue nombrada “modernización” y se caracterizó por tres pretensiones esenciales: 1) la intención de retraer al Estado en la garantía del bienestar, obviando su responsabilidad frente a los derechos sociales a la seguridad social y a la salud; 2) redimensionar al Instituto (achicarlo) y, 3) allanar el camino para su desmantelamiento. Fue clara la intención de privatizar al Instituto, aboliéndolo como institución monopólica del bienestar.

Entre las estrategias de modernización mercantiles implementadas destacan, entre otras:

1. Desregular al Instituto a través de reformas normativas para liberar áreas al mercado y rentabilizarse con los privados (liberalización).

- a) Reformas a la Ley del Seguro Social (LSS) de 1992: creación del Seguro de Retiro, y del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

- b) Reformas a la Ley del Seguro Social de 1995: eliminación del fondo colectivo de reparto pensionario, solidario y redistributivo a través de la

individualización del ahorro de las personas trabajadoras y su privatización. Implicó transferir los recursos al sistema financiero con cuentas individuales para su administración privada vía las Administradoras de Fondos Para el Retiro (Afores). Implicó para el Instituto el desmembramiento de uno de sus seguros y acrecentar su desfinanciamiento. Asimismo, separó del Instituto las funciones de administración, rentabilización y pago de las pensiones, quedándose sólo con las funciones de recaudación y fiscalización: el Instituto recauda y fiscaliza la parte proporcional del salario base de cotización por retiro, cesantía y vejez (RCV) y la administración y rentabilización de los recursos de cada persona trabajadora quedó a cargo de las Afores a través de las Sociedades de Inversión Especializada en Fondos Para el Retiro (Siefores).

2. Reestructurar los ramos de aseguramiento, a través de su individualización y separación contable y en su rentabilización; además, se incorporó el Seguro de Retiro y creó el Sistema de Ahorro para el Retiro.

3. Desconcentrar administrativa y funcionalmente al Instituto, o reestructuración y separación de funciones de rectoría, administración y prestación de servicios, o disociación de las funciones del nivel normativo respecto del administrativo –desconcentrar y dispersar competencias administrativas para apoyar la autogestión de las delegaciones, subdelegaciones y unidades operativas.

4. Redimensionar:

a) Cambiar el esquema de los seguros. De los existentes en la LSS de 1973 –constituido por los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; enfermedad y maternidad, guarderías, y riesgos de tra-

bajo— más el Seguro de Retiro —creado en 1992—, con la LSS de 1995 el esquema quedó conformado por los seguros de invalidez y vida; retiro cesantía y vejez; enfermedad y maternidad; guarderías y prestaciones sociales; y riesgos de trabajo.

b) Concebir la salud como una mercancía, costean-do o poniendo precio a cada una de las intervenciones (“capitación”) y estableciendo los Grupos Relaciona-dos con el Diagnóstico (GRD).

c) Introducir el autoaseguramiento privado en salud desde la propia institución pública, vía la obligación de contratar los seguros de renta vitalicia y sobrevivencia para poder disponer de las pensiones. Otra forma distinta fue el aseguramiento prepago o incorporación voluntaria al seguro de enfermedad y maternidad y la compra del seguro de salud para la familia. Posteriormente, la “capitación” serviría para comprar y vender los servicios de salud en el mercado de la salud dentro del Sistema Nacional de Salud.

d) Contener la inversión en infraestructura y equi-pamiento público a pesar del progresivo deterioro y saturación de servicios. Implicó afectar al perso-nal del Instituto con sobrecargas de trabajo y falta de recursos para la atención, así como perjudicar a las personas derechohabientes y beneficiarias con diferimiento de citas, falta de insumos, de medi-camentos y maltrato. Ello implicó el deterioro del bienestar objetivo en salud, que incluyó el de sus ex-periencias de vida.

e) Liberalizar espacios públicos para su rentabilización privada —subrogación de servicios—, particularmente guarderías y de hospitalización.

f) Rentar y vender a los privados, para su rentabiliza-ción, los servicios culturales, recreativos, deportivos y funerarios a través de “concesiones”.

5. Introducir la lógica de mercado centrada en una visión de disciplina y eficiencia financiera (costo-beneficio), así como incorporación de la “calidad” –herramienta empresarial de mejora continua– asociada al reto de la eficiencia, la reducción de costos, y racionalización de los recursos. Implantar y generalizar una cultura gerencial mercantil con valores de individualización, competencia, mérito, estímulos por productividad, autonomía de gestión, entre otros, mismos que sustituyeron paulatinamente los de servicio público garante de derechos sociales, desdibujando la idea de éstos. Implicó pensar y tratar a las personas derechohabientes como clientes/consumidores, eliminando los valores de solidaridad, redistribución e igualdad, entre otros. (IMSS, 1984, 1995, 1996, 2000; IMSS-CIESS, 1992; LSS, 1992, 1995).

6. Privatizar los servicios de salud de primer y segundo nivel a través de la implementación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada² (AMGD) en territorio, lo que se reconoció como una “nueva era” del IMSS. Las AMGD implicaron establecer un esquema regionalizado de funcionamiento técnico, médico y administrativo de orden mercantil, con autonomía de gestión, en competencia entre sí por los recursos, con una lógica de prestación de servicios a demanda –contra la idea anterior del IMSS como bien público cuya obligación era ofrecerlos– y, a partir de esto, concebir a las personas derechohabientes y beneficiarias como clientes/consumidores de servicios con libertad de elección y no como

² Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada resultaron de una propuesta del Banco Mundial y Funsalud. Fueron la experiencia precursora, con particularidades, del Seguro Popular, que quedó instrumentado a partir de 2003. Este último era un seguro financiero de incorporación voluntaria con atenciones restringidas en salud, dirigido a población abierta (sin seguridad social), con servicios de salud prestados a través de los Servicios Estatales de Salud y hospitales e institutos de la SSA.

sujetas de derechos. Fue un modelo de gestión que conllevó la incorporación del Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud (MIAIS) cuyo propósito era dar prioridad a las acciones preventivas y anticipatorias de las enfermedades (IMSS, 2000).

Las AMGD se impulsaron en 1998, aunque fueron pausadas en 2002 por la fuerte oposición de parte del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Estas no lograron quedar asentadas en la Ley del Seguro Social aprobada en 1995, aunque la iniciativa de ley original las incluía junto al propósito de privatización del ahorro de las pensiones, que se signó por ley. De la mano con la Secretaría de Salud el esquema funcional AMGD representaba un primer ejercicio de regionalización de los servicios tendiente a constituir la intersectorialidad del mercado de la salud.

Todas las estrategias mercantiles implementadas en este periodo afectaron los derechos individuales y colectivos de las personas derechohabientes y beneficiarias, cuyos efectos más negativos los padecerán las generaciones jóvenes y las mujeres.

Las estrategias de retracción del Estado en la garantía del bienestar integral se combinaron con el objetivo de fomentar el crecimiento del sector privado de servicios en salud (LGS, 1984). Su consecuencia fue fragmentar la integralidad de la protección social por parte del Instituto, el cual ofrecía en tanto bien público, servicios integrales para alcanzar el bienestar, es decir, garantizaba la protección de los riesgos sociales del ciclo de vida, tanto materialmente como en términos de las experiencias de vida de las personas –en lo colectivo e individual. La modernización implicó separar a la salud de la concepción de bienestar social, reduciendo la primera, esencialmente, a la atención de la enfermedad y a considerarla como una mercancía más para consumo en el mercado de los servicios de salud.

Mercantilizar al IMSS y orillarlo a aparecer casi exclusivamente como prestador de servicios de salud fue un propósito

que se consolidó en este periodo. Y como se indicó, desmembrar la seguridad social como garantía de bienestar integral se hizo de la mano con incentivar el crecimiento del sector privado de la salud. Ello inicialmente se consiguió con el eufemismo de abrir el Instituto a la compra de servicios privados (subrogación) por la alta demanda de servicios de parte de la población derechohabiente, no obstante que la apertura respondió a incentivar la oferta de servicios de los privados, transfiriendo los recursos públicos a éstos. Con ello se disimuló, además, la intencional desatención del franco deterioro de la infraestructura y equipo del Instituto y la nula determinación por incrementarlo. Más tarde, cuando se detuvieron las estrategias para dismantlar al Instituto, el propósito y estrategias para incrementar los recursos financieros del mismo se hicieron con la mira de poder comprar y vender servicios, constituyéndose el Instituto en un competidor más del mercado de la salud, al que se le nombró en ese momento Sistema Nacional de Salud (SNS). En éste, el IMSS estaba llamado a jugar un papel central por representar la mayor red de servicios de salud del país, aunque ya una parte muy importante de ellos no los prestara de manera directa por medio de su infraestructura, sino a través de los privados vía la subrogación de los servicios médicos –atención, equipamiento e insumos, entre otros.

El siguiente reto del proyecto mercantil fue consolidar al Instituto como una empresa público-mercantil con alta capacidad financiera para comprar y vender servicios en el SNS y estimular el intercambio intersectorial de servicios de salud.

Segundo momento

A partir de inicios del nuevo siglo y hasta 2018, bajo las administraciones políticas de Vicente Fox, Felipe Calderón y Enrique Peña, los cauces de mercantilización del IMSS se centraron en convertirlo en un ente público con sustentabilidad financiera, lo que le consolidaría como empresa público-mercantil. En el periodo previo ya había sido consumado el propósito de su re-

organización y redimensionamiento y el reto en ciernes era la consolidación de su mercantilización. Ésta comportó nuevos apelativos: “democratización” con Fox, “alianzas” con Calderón y “universalización” con Peña.

A través de implementar estrategias mercantiles novedosas e innovadoras, este segundo periodo (2000-2018) se distinguió por un fuerte empeño por fortalecer las finanzas del Instituto –sustentabilidad financiera vía contención de costos y mejora de la recaudación–; separar las funciones normativas de las operativas; potenciar la fiscalización y la vigilancia –recaudación–; establecer las condiciones para la compraventa de servicios en el mercado de salud entre el sector público y el privado, profundizando la transferencia de recursos públicos al último, reconocido como intercambio interinstitucional de servicios; coadyuvar a la integración funcional del Sistema Integral de Salud; y fortalecer al Instituto como el mayor competidor en el mercado intersectorial de servicios de salud. Acciones que fueron justificadas, supuestamente, como necesarias para acabar con la fragmentación y segmentación del sistema sanitario mexicano.

La instrumentación del conjunto de estas estrategias incidió en cambiar la misión institucional: viró su funcionamiento hacia una lógica financiera, actuarial y contable por encima de garantizar el bienestar de las personas, paso que era necesario para generar las condiciones financieras y de gestión que permitirían concretar el Sistema Integral o Funcional de Servicios de Salud (SIS) (Calderón) con financiamiento público. Éste refería a un modelo de integración interinstitucional, conformado esencialmente con sectores públicos, aunque con amplitud de servicios subrogados a los privados, que competiría por recursos y clientes con el sector privado. Dicho propósito no logró consolidarse.

En adelante, siguiendo el objetivo de mercantilización del Instituto, se buscaron nuevas estrategias de financiamiento para concretar el sistema de compra-venta de los servicios en el

mercado de la salud, pero no consiguió concretarse la reforma fiscal que fondeara el sistema. No obstante, ello no impidió implementar nuevas argucias para que el sector privado creciera y participara de una manera más activa y onerosa en el traspaso de los recursos públicos a sus manos. Se conformaron e instrumentaron nuevas figuras como los contratos plurianuales, servicios integrados y asociación público-privada, esquemas que nuevamente fueron justificados con el propósito de configurar el Sistema Nacional de Salud Universal (Sinasu) (Peña) (Mussot, 2023).

Entre las estrategias mercantiles instrumentadas en este segundo momento de consolidación de la mercantilización del Instituto se distinguieron:

1. Reformar la LSS de 2001. Sus objetivos fueron la reestructuración financiera del Instituto hacia la sustentabilidad y operación en el largo plazo, vía el reforzamiento de sus facultades fiscales, administrativas, procedimentales y tecnológicas y la modificación del monto de las cotizaciones.
2. Enfatizar la recaudación y fiscalización de recursos, a través de instrumentar:
 - a) Nuevas estrategias de recaudación.
 - b) Actos de autoridad certeros para reforzar las finanzas –precisar formas de registro e integración del salario base de cotización, y conceptos susceptibles de deducciones, junto con su aplicación estricta.
 - c) La fiscalización de los recursos por cuotas a través del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación e incorporación de la representación de la SHCP y de la Contraloría y Desarrollo Administrativo al H. Consejo Técnico. Su finalidad era consolidar la fortaleza financiera y fiscalizadora del IMSS y la creación de reservas financieras.

3. Profundizar la contención de costos a través del uso intensivo de herramientas digitales, que también sirvieron para vigilar y racionalizar los recursos, con calidad, transparencia y ética (iniciativas “e-Gobierno” e “IMSS Digital”).

4. Desconcentrar las funciones de financiamiento –recaudación, administración y fiscalización– de la de provisión de servicios, e impulsar la autogestión, lo que significó separar las funciones normativas de las operativas e incorporar la gestión semiautónoma y autónoma a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada: OOAD-Delegacionales y OOAD-UMAE. Estos órganos, con semiautonomía funcional del nivel central respecto del primer y segundo niveles de atención en salud, permanecerían vinculados entre sí a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia.

5. Generalizar y naturalizar el funcionamiento mercantil empresarial, lo que incluyó:

- a) Fortalecer implementar y profundizar la gestión gerencial-mercantil de los recursos humanos (profesionalización). Se reforzaron los principios y valores gerencial-empresariales centrados en la lógica costo-beneficio (eficiencia): modernización, eficacia, productividad, competencia, calidad, transparencia, separación de funciones,
- b) Fortalecer implementar y profundizar la gestión por resultados, el presupuesto basado en resultados y el sistema de evaluación del desempeño, esquemas que involucraron la medición, evaluación y certificación de procesos administrativos y operativos desde una lógica de costo-beneficio.
- c) Desreglamentar al Instituto con nuevas normas para eliminar los obstáculos al uso de sus recursos

patrimoniales para, por un lado, incrementar el financiamiento y liberalizar al mercado servicios sociales y, por otro, en salud, favorecer su competencia en el mercado intersectorial de servicios de salud. Nueva práctica de redimensionamiento que retrajo aún más al Instituto.

d) Autorizar por ley cambios estructurales y organizacionales: redefinición del régimen patrimonial y separación de funciones de rectoría y toma de decisiones de la de operación o prestación de servicios. Las primeras funciones permanecerían en el nivel central del IMSS y la segunda correspondería a los prestadores de servicios. Por ley se les dio autonomía de gestión y facultades para subrogar servicios –condición previa a venderlos y comprarlos en el mercado de la salud.

6. Profundizar la liberalización de espacios de privados en salud (subrogación) o subcontratación de servicios adjetivos y sustantivos al sector privado para satisfacer la responsabilidad de ley del Instituto de atención en salud y guarderías a las personas derechohabientes. Se escaló la subrogación a servicios integrales –procedimientos diagnósticos o terapéuticos completos y específicos–, a contratos plurianuales y luego a asociaciones público-privadas. Al tiempo que se transferían ingentes cantidades de recursos públicos a manos de los privados, se mantuvo retraído el fortalecimiento público del Instituto, sin mantenimiento ni nueva infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

7. Enfatizar en el intercambio de servicios y en la portabilidad de derechos entre instituciones públicas para constituir el mercado de la salud. Ello incluyó:

a) Homologar procesos y perfeccionar los esquemas de costos de las intervenciones en la atención médica

con modelos de costeo, como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, Costos Unitarios Promedio; Grupos Relacionados con Atención Ambulatoria y Costeo Basado en Actividades; digitalización de expedientes (expediente clínico electrónico) y libertad de elección del personal médico.

b) Cambiar el modelo de atención en salud: modelo de Medicina de Familia y del Proceso de Mejora de Medicina Familiar; PrevenIMSS, DiabetIMSS. Se buscó reforzar en el primer nivel de atención la prevención de enfermedades y la capacidad resolutoria del personal médico para contener costos; se desarrollaron mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención; y se transitó al modelo técnico-científico basado en la evidencia (Sicalidad), para estandarizar la atención médica y proceder al intercambio de servicios.

c) Establecer “alianzas” o mecanismos de cooperación y coordinación con el sector público de la salud (Secretaría de Salud Federal, ISSSTE y otras), a través de convenios.

8. Mercantilizar la salud con lógicas prepago para consolidar al IMSS como aseguradora en salud de bajo costo (seguro voluntario y aseguramiento).

9. Incrementar la cobertura (seguro voluntario y Seguro de Salud para la Familia).

10. Continuar con la desincorporación –venta y renta de servicios sociales, culturales, deportivos, tiendas, entre otros (IMSS, 2001, 2003a, 2003b, 2006a, 2006b, 2010, 2014a, 2014b, 2016; LSS, 2001, 2009; SSA, 2001).

Consideraciones finales

Tras 36 años de administraciones neoliberales, el IMSS se convirtió y funcionó como una empresa público-mercantil centrada en cuidar y potenciar preferentemente los aspectos financieros. Su propósito fue convertir al Instituto en un robusto competidor –comprador y vendedor– de servicios en el mercado interinstitucional/intersectorial de la salud o Sistema Nacional de Salud, con sus diferentes acepciones y estrategias: SNS, SIS, Sinasu, proyectos que quedaron pendientes de consumarse pero que permitieron el crecimiento casi exponencial del sector privado de la salud al amparo de la institución pública y con sus recursos, además de estar apoyado por una regulación que lo incentivó (LGS, 1984)

En paralelo a estos propósitos, durante ese largo periodo se descuidó –intencionalmente– a las personas, dejando de ser la prioridad del Instituto. No sólo renunció a prestarles la integralidad de los servicios, garantizándoles sus derechos, y con ello brindarles un bienestar completo –salud y protección social–, sino que ni siquiera les proporcionó una atención en salud oportuna, de calidad y con buen trato.

Los valores de mercado gerencial empresariales, generalizados y naturalizados en toda la estructura y funcionamiento del Instituto, también infiltraron al grueso de su personal. Los valores de individualismo, competencia, productividad, calidad y mérito, entre otros, se han convertido en un fin en sí mismo. Lograron desnaturalizar al IMSS como bien público y, con ello, obturar la consciencia de abandonar con su proceder el compromiso y responsabilidad social, por mandato constitucional, de garantizar el bienestar integral, colectivo e individual de las personas derechohabientes y beneficiarias, y el propósito del IMSS como bien público garante de la protección de los riesgos sociales a lo largo del ciclo de vida de las personas derechohabientes y beneficiarias. Ello se ha traducido en desdibujar la noción de los derechos a la salud y a la seguridad social, además de ayudar a conculcarlos.

Las estrategias arriba presentadas para la “modernización” del IMSS se instrumentaron calladamente ante la sociedad mediante procesos disimulados pero incesantes de privatización en sus formas varias: liberalización, redimensionamiento, desregulación, desreglamentación y subrogación, entre otras. Su consecuencia ha sido un proceso continuo y permanente de deterioro, por desfinanciamiento, privatización de fondos, desmantelamiento, alteración de las condiciones laborales, imposición de valores contrarios a la solidaridad, redistribución, integralidad, menoscabo que ha llegado al extremo de expresarse como abierto desprestigio de la otrora institución insignia del bienestar nacional.

La herencia que ha dejado este largo periodo de sello neoliberal en el IMSS casi a nivel nacional es una grosera erosión y pauperización de su infraestructura y equipos, cuando no de abierto abandono y de escasez de insumos tanto médicos como ejecutivos. Junto a ello, también persiste una sobredemanda y saturación de servicios, falta de oportunidad y calidad en la atención, además de una reducida, cuando no limitada receptividad, sensibilidad y humanismo del personal médico, administrativo e incluso directivo hacia las personas derechohabientes y beneficiarias.

Las transformaciones mercantiles del IMSS, como ya se ha señalado, a quienes han afectado y afectan de manera directa es a las personas derechohabientes y beneficiarias, la lógica mercantil-financista se desentendió de ellas como prioridad, descuidándolas y cediendo su consideración al crecimiento y financiación del Instituto para beneficio indirecto del sector privado.

Las condiciones y criterios de producción social del bienestar del Instituto están abiertamente mermadas y se traducen en experiencias de vida –colectivas e individuales– poco halagüeñas o profundamente negativas respecto del bienestar en la población derechohabiente y beneficiaria. Estas experiencias se repiten, a través de la socialización de cómo funcionan los servicios del Instituto en el imaginario de la sociedad respecto a la representa-

ción/símbolo que tiene de este y de su real funcionamiento. La ausencia de bienestar objetivo, reconocida como condición subjetiva de las personas (percepción) se traduce en valoraciones negativas de sus experiencias de vida con los servicios y con el trato institucional, afectando su satisfacción con una parte nodal de sus vidas: la atención en salud y en la protección de sus riesgos sociales durante el ciclo de vida. Ello les conduce, cuando sus condiciones materiales se los permiten, a limitar su interacción con los servicios y, por tanto, sus experiencias vitales. No obstante, la naturalización de los propios valores de mercado –individualización, competencia, meritocracia, castigo-recompensa, eficiencia, eficacia, entre otros– junto con condiciones socioeconómicas de bajos ingresos y escaso nivel educativo de las personas derechohabientes y usuarias, condiciona en sentido contrario la experiencia de vida social e individual de estas en los procesos de interacción con el Instituto. No reconocen como negativa o insatisfactoria su experiencia de vida en tanto que normalizan que los largos tiempos de espera, el maltrato, el diferimiento de citas, la falta de insumos y medicamentos, entre otras, es lo habitual –lo normal– por lo que su experiencia no afecta su calidad de vida, bienestar subjetivo, por ende, tampoco su felicidad. Ello es debido a que no tienen otra opción para atenderse, o bien crean las condiciones para adaptarse a los servicios en lo que les es objetiva y subjetivamente posible, situaciones que obturan las aspiraciones de ver realizados sus derechos, como satisfactor vital.

El conjunto de estos cambios ha impuesto un ideario de individualización de la responsabilidad frente al bienestar –material y de experiencia de vida–, con libertad de elección, según las individuales preferencias, el cual se obtiene a través del mercado. Tal es la pauta con la que se atribuye la noción de mercancía al bienestar en general y a cada uno de sus múltiples componentes, como es el caso de lo aquí señalado con la salud. A partir suyo, se ha desdibujado al IMSS como la institución pública pilar de la garantía del bienestar individual y colectivo, fundamento

de su origen como bien público, lo cual ha servido para falsear y desnaturalizar la concepción constitucional de la seguridad social y de sus principios y valores: solidaridad, redistribución, integralidad y universalidad tendencial.

Debe señalarse que el recambio del Instituto a una empresa público mercantil durante casi cuatro décadas no estuvo exento de fuertes tensiones y confrontaciones por parte de diversos sectores políticos y sociales, en su interior y fuera de éste. Hubo un amplio cuestionamiento técnico y políticamente bien soportado, particularmente en contra de la privatización del ahorro de las personas trabajadoras y de la mercantilización de los servicios médicos. No obstante, no lograron detenerlos ni virar su dirección mercantil.

El poder político neoliberal –con el PRI o con el PAN– tuvo una expresa orientación de mercado y una buena parte de la gobernabilidad neoliberal se logró a través del corporativismo y el tradicional intercambio de legitimidad por bienestar, favorecido por un escenario de destrucción de la organización social democrática.

Recuperar el horizonte de sentido del IMSS como bien público, comprometido constitucionalmente con la garantía del derecho a la seguridad social y a la salud, precisa de acciones contundentes y de una voluntad política férrea que coloquen en el centro de la decisión política y de la acción pública al bienestar integral de las personas como prioridad.

Anular el carácter mercantil del Instituto requiere de un proyecto claro de mediano y largo plazos soportado desde una visión integral e intersectorial que establezca con claridad las condiciones y determinantes tanto materiales como subjetivas para concretar el bienestar integral –sociales, políticas, económicas, culturales y axiológicas en materia de salud, educación, vivienda, trabajo digno y protegido, entre otros–; y con la atención eficiente e integral de los determinantes sociales de la salud. Tal objetivo hace imperativo volver a formar al personal médico y administrativo del servicio público, concientizando que la salud/seguridad

social son un bien público y son integrales; que son derechos y que el Estado, a través de la institución pública, tiene el compromiso de garantizarles los mismos de acuerdo con las características propias de cada grupo poblacional y su cultura. Las personas derechohabientes y beneficiarias deben volver a ser pensadas y tratadas como titulares de derechos y dejar de considerarlas clientes o consumidores de servicios de salud con disímiles preferencias.

Estos objetivos exigen el acompañamiento presupuestal que los haga posible de manera sostenible mediante la asignación progresiva de recursos, asegurando su manejo eficiente, con transparencia y mecanismos de rendición de cuentas, en los que participe activamente la sociedad con capacidad de decisión.

Referencias bibliográficas

- BANCO MUNDIAL (1993). *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington D.C.: Oxford University Press.
- BARBA, C. (2007). “Claroscuros de la reforma social en México y América Latina”, *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 13 (39): 35-76. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2291045>>
- (2013). *El nuevo paradigma de bienestar residual y deslocalizado: reforma de los regímenes de bienestar en la OCDE, América Latina y México* (tesis de doctorado). México: Universidad de Guadalajara (I-III).
- CAMARENA, M. (2018). “El traspaso del sí mismo en el otro: bienestar subjetivo y felicidad”, en R. Millán y R. Castellanos (coords.), *Bienestar subjetivo en México*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 201-422. Recuperado de <<https://www.iis.unam.mx/bienestar-subjetivo-en-mexico/>>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL] (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de <<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/869be2be-2bdf-4463-9884-b353e2cdc705/content>>
- FREIJEIRO VARELA, M. (2005). “Ciudadanía, derechos y bienestar: un análisis del modelo de ciudadanía de T. H. Marshall”, *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política* (2): 63-100. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2005028>>

- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (1984). *Programa de Simplificación Administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: IMSS.
- (1995). *Diagnóstico*. México: IMSS.
- (1996). “Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*, 24 de enero. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4867192&fecha=24/01/1996#gsc.tab=0>
- (2000). *Memoria Institucional Sexenal, 1994-2000*. México: Grupo Editorial Proyección de México.
- (2001). *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2001-2006*. México: IMSS.
- (2003a). *Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, implantación y control de servicios médicos integrales*. México: IMSS.
- (2003b). “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan, diversas disposiciones del reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*, 19 de junio. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=694506&fecha=19/06/2003#gsc.tab=0>
- (2006a). “Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de noviembre. Recuperado de <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf>>
- (2006b). “Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de septiembre. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/RIIMSS.pdf>>
- (2010). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010* [en línea]. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-antiores>>
- (2014a). *Medicina basada en la evidencia. Guías de práctica clínica*. México: IMSS. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/gpc/MBEYGPC.pdf>>
- (2014b). “Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2014-2018”, *Diario Oficial de la Federación*, 28 de abril. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342374&fecha=28/04/2014#gsc.tab=0>

- (2016). "Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Logros 2016", *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/Logros2016PIIMSS.pdf>>
- , Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social [IMSS-CIESS] (1992). *Contención de costos y desarrollo regional*. México: IMSS-CIESS
- LAURELL, A. C. (1999). "La reforma del Estado y la política social en México", *Nueva Sociedad* (164): 146-158. Recuperado de <https://static.nuso.org/media/articles/downloads/2818_1.pdf>
- LEY DEL SEGURO SOCIAL [LSS] (1992). *Diario Oficial de la Federación*, 24 de febrero.
- (1995). *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre (en vigor a partir de 1997).
- (2001). *Diario Oficial de la Federación*, 20 de diciembre.
- (2009). *Diario Oficial de la Federación*, 9 de julio.
- LEY GENERAL DE SALUD [LGS] (1984). *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0>
- (2003). "Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud", *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003#gsc.tab=0>
- LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL [LOAPF] (1982). "Decreto de reformas y adiciones", *Diario Oficial de la Federación*, 29 de diciembre. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf/LOAPF_ref04_29dic82_ima.pdf>
- MUSSOT, M. L. (2023) *IMSS: horizonte del bienestar social para el México del siglo XXI*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (Col. IMSS 80 Años, 4).
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO [OIT] (2010). *Informe sobre el trabajo en el mundo 2009. Crisis mundial del empleo y perspectivas*. Ginebra: Instituto Internacional de Estudios Laborales. Recuperado de <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_151264.pdf>
- OSORIO, M., Ravelo, P. y Sánchez, S. (2006). "La respuesta sindical en el IMSS (líderes y bases del SNTSS ante la modernización), 1989-2004", *Nueva Antropología*, 20 (66): 87-107. Recuperado de <<https://www.scielo.org.mx/pdf/na/v20n66/v20n66a5.pdf>>

- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (1984). “Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance en dicho proceso”, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de junio. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4673306&fecha=18/06/1984#gsc.tab=0>
- (2011). *Quinto Informe de Gobierno – México próspero* [en línea]. México: Gobierno de México. Recuperado de <<https://datos.gob.mx/busca/dataset/quinto-informe-de-gobierno-mexico-prospero>>
- SALINAS DE GORTARI, C. (1993). *Quinto Informe de Gobierno. Poder Ejecutivo Federal*. México: Presidencia de la República. Recuperado de <<https://cedoc-virtual.sectur.gob.mx/janium/Documentos/2012/000783.pdf>>
- (2006). “vi Informe de Gobierno”, en *Informes presidenciales*. México: Centro de Documentación, Información y Análisis, Cámara de Diputados, pp. 369-418. <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-17.pdf>
- SÁNCHEZ, J. (2010). *La privatización en México como retracción estatal*. México: Instituto de Administración Pública del Estado de México, A. C. Recuperado de <<https://iapem.edomex.gob.mx/editorial/revistas/2010LPMRE.pdf>>
- SANTELICE, F. (2017). “Bauman, Zygmunt (2014) ¿Para qué sirve realmente...? un sociólogo”, *Cultura y Representaciones Sociales*, 12 (23). Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102017000200133>
- SECRETARÍA DE CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO [SCDA] (1996). “Programa de Modernización de la Administración Pública Federal 1995-2000”, *Diario Oficial de la Federación*, 28 de mayo. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4886172&fecha=28/05/1996#gsc.tab=0>
- SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO [SHCP] (1989). “Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994”, *Diario Oficial*, 31 de mayo. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/pnd_1989-1994_31may89.pdf>
- (1995). “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4874791&fecha=31/05/1995#gsc.tab=0>
- (1996). “Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de septiembre. Recuperado de

- <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996#gsc.tab=0>
- (2001). “Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006”, en *Planes nacionales de desarrollo* [en línea]. Recuperado de <<https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/compila/pnd.htm>>
- (2007). “Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012”, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4989401&fecha=31/05/2007#gsc.tab=0>
- (2013). “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, *Diario Oficial de la Federación*, 2º de mayo. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#gsc.tab=0>
- SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA [SFP] (2008). *Programa Especial de Mejora de la Gestión Pública, en la Administración Pública Federal 2008-2012*. México: Gobierno Federal. Recuperado de <https://www.apartados.hacienda.gob.mx/sed/documentos/planeacion/mejoradelagestion2008_2012.pdf>
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA [SSA] (1984). “Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo, denominado: Programa Nacional de Salud 1984-1988”, *Diario Oficial de la Federación*, 9 de agosto. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4682511&fecha=09/08/1984#gsc.tab=0>
- SECRETARÍA DE SALUD [SS] (1991). “Programa Nacional de Salud 1990-1994”, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de enero. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991#gsc.tab=0>
- (1996). “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000”, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de marzo. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996#gsc.tab=0>
- (2001). “Programa Nacional de Salud 2001-2006”, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de septiembre. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0>
- (2008). “Programa Sectorial de Salud 2007-2012”, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de enero. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5028687&fecha=17/01/2008#gsc.tab=0>
- (2011). *Acuerdo general de colaboración para el intercambio de servicios*. México: Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16885/ACUERDO_GENERAL_DE_COLABORACION.pdf>

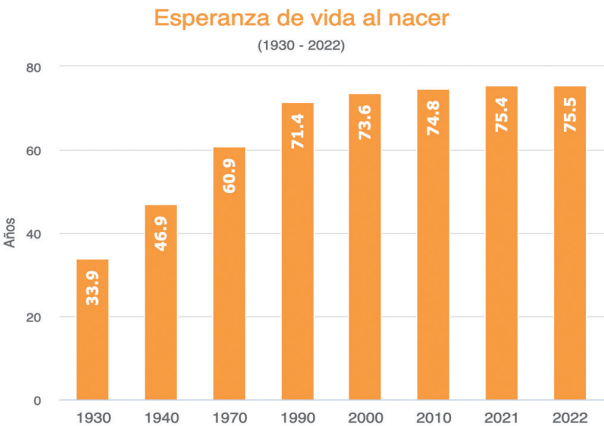
- (2014). *Manual de lineamientos para el intercambio de servicios en el sector salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/manual_de_lineamientos.pdf>
- (2015). *Requerimiento de información de oferta y demanda para el Programa de Intercambio de Servicios del Sector Salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16883/BOLET_N_DE_REQUERIMIENTOS.pdf>
- STEEL, D. y Head, D. (1985). “Privatización de la empresa pública: la trayectoria del gobierno conservador británico 1979-1983”, en H. Boneo, *Privatización, del dicho al hecho*. Buenos Aires: El Cronista Comercial, pp. 295-330. Recuperado de <https://books.google.com/cu/books?hl=es&id=B_67AAAAIAAJ&focus=searchwithinvolume&q=ep%C3%ADlogo>
- TELLO, C. (2010). “Estancamiento económico, desigualdad y pobreza: 1982-2009”, *Economía UNAM*, 7 (19): 5-44. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2010000100001>
- TERRONES CORDERO, A. (coord.) (2011). *Globalización, crisis y crecimiento en México*. México: Instituto de Ciencias Económico Administrativas, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de <<https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4831/libro-globalizacion-capitulos-introduccion-crecimiento.pdf>>
- THERBORN, G. (1997). “La crisis y el futuro del capitalismo”, en E. Sader y P. Gentili (comps.), *La trama del neoliberalismo Mercado, crisis y exclusión social*. Buenos Aires, CLACSO, pp. 19-25. Recuperado de <<https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100609030645/latrama.pdf>>

Retos en la longevidad, bienestar y envejecimiento saludable en México

*Norma Edith López Díaz-Guerrero,
Adriana Alarcón Aguilar y Mina Konigsberg Fainstein*

Los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la prevención y tratamiento de las enfermedades han tenido un impacto significativo en el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial. Este fenómeno se refleja claramente en México, como se puede apreciar en la figura 1. Actualmente, una persona nacida en México tiene una esperanza de vida que supera en más del doble a la que tenía una persona nacida en 1930. Este progreso es un testimonio del poder transformador de la ciencia y la tecnología en la promoción de la salud y el bienestar de la población.

Figura 1. Esperanza de vida al nacer en México.
Tomada de la página del INEGI

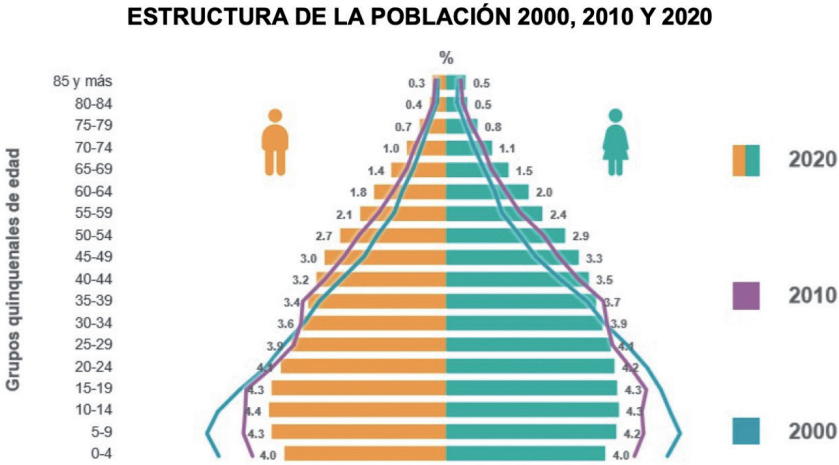


Fuente: tomado de la página del INEGI <<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx>>.

Según el informe de la Pan American Health Organization [PAHO] correspondiente al año 2022, se estimó que las personas que en ese momento tenían 60 años podrían vivir en promedio entre 21.8 y 22.9 años adicionales en el caso de las mujeres, y 20.9 años adicionales en el caso de los hombres (World Health Organization [WHO], 2021; PAHO, 2022). En otras palabras, esta población de adultos mayores podría superar la marca de los 80 años de edad.

El incremento en la longevidad (aunado a otros factores, como la disminución de las tasas de nacimientos) ha traído como resultado el envejecimiento progresivo de la población. Los datos del censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2020 revelaron que la población de 60 años y más en México pasó de 9.1% en 2010 a 12.0% en 2020, mientras que la población de 0 a 17 años disminuyó de 35.4% en 2010 a 30.4% en 2020 (INEGI, 2021) (figura 2). Sin embargo, junto con este aumento de la longevidad, surgen desafíos significativos para las personas adultas mayores.

Figura 2
Pirámide poblacional mexicana por edad y sexo.



Nota: tomada del informe del INEGI (2021).

Como científicas que trabajamos en el área de estudio del envejecimiento y de los mecanismos asociados podemos decir que ha sido un logro notable de la ciencia y la medicina el incremento significativo en la longevidad. Hoy en día las personas alcanzaremos a vivir más del doble de lo que vivieron nuestros abuelos y bisabuelos. *¿No era eso lo que queríamos?*

No obstante, es importante reconocer que la ciencia en ocasiones se desvincula de las complejas interacciones sociales, económicas y políticas. A pesar del notable aumento en la esperanza de vida, lamentablemente no ha sido igual el incremento en la esperanza de vida saludable. Este aumento en la longevidad plantea cuestiones profundas relacionadas con la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. Se hace evidente que, a pesar de los avances, existen desafíos que han dejado rezagada a esta población, lo cual nos lleva a cuestionar las verdaderas ventajas de haber extendido los años de vida (Gutiérrez Robledo, 2009).

Por lo tanto, en este capítulo exploraremos algunos de los aspectos más desafiantes y complejos asociados al proceso de envejecimiento y al aumento de la población de personas adultas mayores en nuestro país. Además de la alta prevalencia de enfermedades crónicas, México se enfrenta a una serie de retos apremiantes a raíz del envejecimiento de su población, como la discapacidad, la desigualdad de ingresos y la vulnerabilidad social, los cambios en aspectos sociales y emocionales como el aislamiento, la salud mental y las disparidades de género en la atención médica. Esta transición demográfica plantea retos y oportunidades singulares que demandan una atención cuidadosa y una respuesta adecuada, tanto por parte del sistema de salud como de la sociedad en su conjunto.

Envejecer con enfermedades crónicas vs. envejecimiento saludable

En la década del envejecimiento saludable 2020-2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al envejecimiento saludable como “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar durante la vejez” (WHO, 2021). Sin embargo, es importante reconocer que la realidad dista considerablemente de esta idealización. En el contexto de México, un porcentaje significativo de adultos mayores enfrenta una realidad distinta, ya que en sus últimos seis a diez años de vida a menudo se ven afectados por discapacidades y enfermedades crónicas.

Las dificultades que enfrentan las personas adultas mayores en nuestro país son múltiples y complejas. Éstas incluyen la pérdida de las capacidades físicas y mentales, la disminución de la autonomía, el menoscabo de roles familiares y sociales, el retiro del ámbito laboral, la pérdida de la capacidad económica y, lamentablemente, un deterioro progresivo en la salud con consecuencias en ocasiones irreversibles (Ham, 1999). Esta realidad pone de manifiesto la necesidad imperante de abordar de manera integral los desafíos que enfrenta esta población vulnerable en términos de salud y bienestar.

En los últimos años, se ha observado un aumento en la incidencia de enfermedades relacionadas con la edad en México, entre las que se incluyen enfermedades neurodegenerativas, cardiovasculares y cáncer, entre otras (INEGI, 2023a). Este incremento representa un desafío significativo en el ámbito de la salud pública, el cual actualmente no está siendo abordado de manera satisfactoria.

Entre las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en las personas de edad avanzada en México destacan la hipertensión arterial (42.4%), el aumento de los niveles de colesterol en sangre (25.5%), la diabetes (25.1%) y el aumento de los niveles de triglicéridos (21.4%). Además, se ha observado que el 55% de

esta población experimenta la presencia simultánea de múltiples enfermedades (comorbilidad). Estas afecciones de salud suelen tener un impacto adverso significativo en la calidad de vida y conllevan una carga económica importante tanto para los individuos afectados como para sus familias (Salinas, De la Cruz y Manrique, 2020). Este panorama refuerza la necesidad de una atención médica y social más efectiva para abordar las crecientes demandas de salud de esta población. El aumento de estas enfermedades crónicas no diagnosticadas ni tratadas puede dar lugar a secuelas que causen discapacidad y dependencia, y también influye en el tipo de servicios de cuidado requeridos.

Según el Censo Nacional de Población de 2020, se informó que 16.5% de la población enfrenta limitaciones para realizar sus actividades diarias, discapacidades o condiciones cognitivas limitantes autoinformadas; de este grupo, 45% corresponde a adultos de 60 años o más. Estas tendencias reflejan la urgente necesidad de mejorar la detección y el manejo de las enfermedades crónicas en la población de adultos mayores en México para comprender la necesidad de cuidados.

Otro aspecto relevante es el acceso a un seguro de salud, el cual juega un papel importante para la atención médica. La atención médica para las personas mayores que no están cubiertas puede ser problemática, especialmente para aquéllas con ingresos más bajos que tienen dificultades para costearla. Incluso si se tiene seguro médico, los costos directos, como copagos, deducibles y gastos de medicamentos pueden ser prohibitivos para las personas mayores con recursos económicos limitados (Armenta *et al.*, 2022).

En México, el sistema de salud se compone de múltiples sistemas de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como seguros privados.

Sin embargo, las políticas públicas mexicanas han tenido un fuerte impacto sobre el acceso a la atención médica y la cobertu-

ra de salud en el país, pues el sistema de salud ha experimentado una importante reestructuración bajo la administración pública iniciada en diciembre de 2018.

En enero de 2020, el gobierno eliminó la reforma de salud de 2003, conocida como “Seguro Popular”, pues el entonces presidente aseguraba que seguía una línea “neoliberal” y que desperdiciaba recursos públicos sin beneficiar al pueblo mexicano. Vale la pena señalar, sin embargo, que el Seguro Popular mejoró el acceso a muchos servicios de salud en México (incluyendo servicios de alto costo bajo el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, así como servicios para la atención materna básica) y que el gobierno federal realizó diversos cambios en la política con el tiempo para abordar problemas en su implementación y mejorar el desempeño del sistema de salud. De este modo, se creó y centralizó un nuevo sistema de salud conocido como “Instituto de Salud para el Bienestar” (Insabi), que comenzó el 1 de enero de 2020, con financiamiento y prestación pública integrada y una menor participación privada. El Seguro Popular estaba diseñado para aumentar el gasto gubernamental en salud, mientras que el Insabi experimentó dificultades financieras desde su inicio, lo que llevó a debates sobre su capacidad para financiar adecuadamente los servicios de salud prometidos (Reich, 2020). En mayo de 2023 se publica el decreto por el que desaparece el Insabi y sus funciones se integran al IMSS-Bienestar.

Sin embargo, existen preocupaciones sobre la capacidad de IMSS-Bienestar para financiar adecuadamente la atención médica y asegurar la disponibilidad de servicios de calidad en todas las regiones de México. Los pacientes pueden verse afectados por la efectividad de estas medidas y su impacto en la calidad y disponibilidad de la atención médica. Por lo tanto, es importante monitorear y evaluar cómo el IMSS-Bienestar cumple con sus objetivos en términos de atención al paciente y acceso a servicios de salud.

A medida que la población envejece, aumenta la necesidad de servicios de atención médica especializados en geriatría y que no sólo se centren en la gestión de enfermedades crónicas, sino que también promuevan la participación activa en la sociedad, brinden apoyo emocional y garanticen la igualdad de género en el acceso a los servicios de salud. Esto incluye la evaluación y el tratamiento de condiciones médicas específicas de las personas mayores, así como la atención integral que aborda aspectos físicos, emocionales y sociales del envejecimiento. También, los adultos mayores a menudo requieren de servicios de rehabilitación y cuidados a largo plazo para abordar problemas de salud crónicos y discapacidades. Los cuidados paliativos son esenciales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores con enfermedades graves y la carencia de estos servicios puede afectar negativamente tanto a los pacientes como a sus familias. En México no existen suficientes instalaciones y profesionales especializados en estas áreas, lo que dificulta el acceso a la atención adecuada. Existen pocas organizaciones especializadas en gerontología y geriatría, y aunque las instituciones académicas y el gobierno mexicano están comprometidos en abordar estas necesidades, es crucial impulsar el crecimiento de los programas educativos y el número de profesionales en estas áreas en México.

En 2018 se contaba con un geriatra certificado por cada 25 mil adultos mayores, mientras que sólo 24.7% de las universidades ofrecía la especialidad de Gerontología o Gerontología Social, en comparación con el 40.4% que brindaba programas de especialización en Pediatría. El IMSS, la institución especializada del país, contaba en 2019 con 170 médicos geriatras en hospitales y 80 enfermeras geriatras (IMSS, 2019). La educación e investigación en gerontología y geriatría continúan desarrollándose y estableciendo presencia en México, sin embargo, se necesitan más esfuerzos para proporcionar una expansión adicional y un mayor desarrollo de recursos en estos campos (Rivera, Flores y García, 2017; PAHO, 2022).

A pesar de que el envejecimiento es un proceso universal, no es homogéneo. Las capacidades cognitivas, emocionales y sociales evolucionan con el tiempo dependiendo del entorno en el que viven las personas mayores y de cómo interactúan con otros. Un aspecto fundamental y prioritario en México es continuar y aumentar la promoción de programas de prevención de enfermedades a través de un estilo de vida que permita a los adultos mayores mantenerse saludables y que además fomenten la participación social, el ejercicio y actividades recreativas para reducir el aislamiento social y mejorar la salud mental. Es importante, además, la creación de redes de apoyo y comunidades de cuidado que ayuden a combatir el aislamiento social; estas redes pueden incluir familiares, amigos y vecinos. La promoción de la salud mental y el bienestar emocional es esencial para prevenir y abordar la depresión mediante la detección temprana, el acceso a servicios de psicoterapia, así como el apoyo emocional a las personas mayores y sus cuidadores. La salud mental en la tercera edad es un área crítica que a menudo se pasa por alto y la falta de servicios de salud en esta área puede llevar a problemas como la depresión y la demencia. En este sentido, sería beneficioso que las políticas públicas se centraran en fomentar la autonomía del adulto mayor, en lugar de enfocarse exclusivamente en la provisión de cuidados paliativos (Montero-López, Luna y Shneidman, 2019).

Diversos estudios han sugerido que las necesidades de atención integral de los ancianos pueden tener mejores resultados si se incorporan los servicios de atención médica, promoción de la salud y bienestar. Actualmente el sector de la salud brinda servicios de atención médica y salud preventiva a la población asegurada a través de instituciones como el IMSS, tanto en sus instalaciones deportivas como en entornos clínicos. Desde 2014, se han implementado iniciativas en el sector salud mexicano para fomentar prácticas de promoción de la salud mediante la disponibilidad y utilización de servicios de salud preventiva, como las vacunas y las sesiones de educación sanitaria, que

abarcen aspectos como la salud bucal. Sin embargo, en México como en otros países, no se ha logrado brindar atención integrada de manera sostenible a las personas mayores y la evidencia sobre la efectividad de los enfoques de atención integrada sigue siendo inconsistente. Aunque en el IMSS se han llevado a cabo actividades para promover la actividad física y una alimentación equilibrada, se tiene poca información sobre el impacto de este enfoque (Gallegos *et al.*, 2019).

Además, la desigualdad en el acceso a la atención médica, especialmente en relación con el género, es un tema crítico que afecta a diversas poblaciones en todo el mundo, incluyendo México. Esta inequidad se entrelaza con una serie de otros factores, como el origen étnico, el nivel socioeconómico, la discapacidad, la edad, la ubicación geográfica, la orientación sexual y la identidad de género. La discriminación y el estigma relacionados con la edad y el género en el sistema de salud mexicano son cuestiones significativas que pueden manifestarse de diversas formas y tener un impacto negativo en la calidad de la atención médica y el bienestar de las personas mayores. Esto incluye situaciones como la negación de servicios médicos o un trato insensible debido a la edad, lo que a su vez puede dar lugar a la exclusión social debido a la percepción de un trato diferencial (Serván *et al.*, 2023).

Por otro lado, es importante destacar que México es un país culturalmente diverso, con una amplia variedad de grupos étnicos, tradiciones y creencias distintas. La atención médica debe ser sensible a esta diversidad para garantizar que todas las personas, independientemente de su trasfondo cultural, reciban atención de alta calidad. En el caso de las comunidades indígenas en México, es esencial que la atención médica sea sensible y respete las prácticas y creencias tradicionales, incluyendo el uso de la medicina tradicional. Además, dado que nuestro país cuenta con una diversidad lingüística significativa, es fundamental que los servicios de atención médica estén disponibles en varios idiomas, especialmente para las poblaciones que hablan

lenguas indígenas o tienen dificultades con el español. Esto garantizará que la atención médica sea respetuosa con las creencias y prácticas culturales de los pacientes geriátricos, entre ellas sus preferencias en cuanto a la atención al final de la vida y la toma de decisiones médicas. Actualmente la ausencia de programas y políticas integrales encaminados a desarrollar la atención sanitaria según la cultura es en gran medida responsable del retraso en la salud de las poblaciones indígenas y, más aún, en el sector de adultos mayores (Leyva *et al.*, 2013; Pelcastre *et al.*, 2020).

Finalmente, se encuentra el aspecto de las políticas y el financiamiento inadecuados en el ámbito de la atención de salud para personas mayores, lo cual incide de manera importante en la calidad de atención y el bienestar de las personas adultas mayores. Uno de los desafíos más notables es la falta de inversión adecuada en programas y servicios de atención médica, que llevan a la falta de recursos para la expansión de servicios geriátricos y la capacitación de profesionales de la salud en la atención de personas mayores. En la mayoría de los casos, las políticas de salud en México no están específicamente diseñadas para abordar las necesidades de este grupo, lo que puede dar lugar a un enfoque insuficiente en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de afecciones médicas comunes en la tercera edad. Aunque existen programas y centros para adultos mayores en México, la accesibilidad y la disponibilidad están limitadas en algunas áreas, lo que dificulta que las personas mayores se involucren en actividades sociales y recreativas (Vivaldo y Martínez, 2015).

Discapacidad y cuidado

Al día de hoy, nuestro país no cuenta con un sistema de servicios públicos para cuidados de personas con enfermedades crónicas o bien personas adultas mayores con discapacidad por edad. Este tipo de cuidados suele ser por periodos prolongados y con el tiempo incrementa la demanda y duración del cuidado en el hogar. Esta necesidad es a menudo suplida por los cuida-

dores familiares, que generalmente no son remunerados (López y Aranco, 2019; PAHO, 2022). Es importante mencionar que los datos que se tienen sobre la discapacidad en personas adultas mayores se obtienen de censos de población y vivienda, encuestas en hogares y sistemas de registro administrativo (López y Aranco, 2019).

En México se han realizado varios tipos de encuestas para evaluar la dependencia funcional de las personas adultas mayores que viven en sus hogares (no incluyen a personas en residencias o instituciones), entre las que destacan la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) para adultos de 60 años y más, y la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) para adultos de 50 años y más. En ambas encuestas se realiza un autorreporte en el que las personas pueden expresar sus dificultades para realizar labores cotidianas o básicas, como vestirse, bañarse, comer, acostarse y levantarse de la cama y usar el excusado (ABVD), o bien actividades instrumentales como preparar una comida caliente, hacer las compras, administrar sus medicamentos y manejar su dinero (AIVD) (López y Aranco, 2019). Esta discapacidad no necesariamente se relaciona con enfermedades crónicas como las discutidas en el apartado anterior, sino más bien al deterioro normal asociado a la edad.

En el año 2015, según la ENASEM, el 22.1% de las personas mayores de 60 años reportó experimentar dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas (ABVD), mientras que 14.6% reportó tener dificultad para realizar al menos una de las actividades instrumentales (AIVD). La prevalencia de dificultades fue mayor para las mujeres (25.1% para ABVD y 18.5% para AIVD), en comparación con los hombres (18.6% y 10%, respectivamente). Estas cifras coinciden con los datos que surgen de la ENSANUT 2012 (Gutiérrez *et al.*, 2012; López y Aranco, 2019).

En el 2022 se realizó el levantamiento de la primera edición de la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) (INEGI, 2023b), para obtener información estadística sobre la

demanda de cuidados en los hogares, las características de las personas cuidadoras y sus percepciones. Los datos de la ENASIC 2022 revelaron que del total de la población de personas adultas mayores del país (20 millones), 2.9 millones se encontraban con discapacidad o dependencia, de las cuales casi dos terceras partes (65.2%) recibían cuidados en su hogar. Mientras que de los 17.1 millones de personas adultas mayores sin discapacidad o dependencia, el 22.4% recibía cuidados en su hogar y 77.6% no los recibía (INEGI, 2023b).

Un aspecto interesante que reveló la ENASIC es que existe una necesidad de compañía y de relaciones interpersonales en este grupo etario. Si bien las preguntas iban dirigidas principalmente al apoyo o compañía para cuidados, más de la mitad de las personas encuestadas (51.2%) reconoció que “requerían compañía”. De manera particular, 48.3% refirió que necesitaba “que la o lo acompañen al médico, le den medicamentos o atiendan sus necesidades de salud cuando sea necesario”; 31.8% dijo que requería de apoyo para que “la o lo lleven o recojan de lugares donde tenga que hacer compras, trámites, tener citas u otros” y 30.2% manifestó que “necesita apoyo para los quehaceres domésticos”. En estos rubros la ENASIC reporta que las diferencias entre hombres y mujeres sólo se manifiestan en que las mujeres tienen una mayor demanda de cuidado, sin embargo, la necesidad de esta atención y compañía es igual entre géneros. Este problema se agudiza porque no existen suficientes centros de cuidado, como residencias o casas de día para personas adultas mayores, en donde pudieran quedarse a pasar el día con personas de su edad y teniendo actividades culturales y recreativas. Del grupo de personas de 60 años y más sin discapacidad ni dependencia sólo el 0.2% asiste a estos centros y el 34.1% se queda sola en casa.

Lo anterior es muy relevante ya que se sabe que la socialización es un factor intrínseco para un envejecimiento saludable y exitoso. Las redes sociales y las relaciones interpersonales tienen una influencia crucial en la salud (Goldsmith y Albrecht,

2011), ya que correlacionan positivamente con el envejecimiento saludable y una menor incidencia de enfermedades crónicas, mientras que la soledad y el contacto social reducido se asocian con un mayor índice de morbilidad (Kauppi *et al.*, 2018; Rea *et al.*, 2022). Es por ello que López y Gutiérrez mencionan que:

El apoyo social informal es un factor determinante del envejecimiento sano y activo. El apoyo familiar y de distintas redes sociales que proporciona soporte emocional, económico e incluso para llevar a cabo actividades de la vida diaria reduce el impacto de los acontecimientos negativos en el bienestar de las personas mayores y posibilita la expresión plena de su capacidad intrínseca (López y Gutiérrez, 2015).

Estos autores también analizan el concepto de “obligación filial”, que, si bien subyace en nuestra sociedad y cultura, se ha visto mermado puesto que actualmente existe la percepción de que los hijos cuidan menos de las personas adultas mayores (padres o abuelos) que antes. Esto puede deberse a que hasta hace algunos años los ancianos solían vivir acompañados, es decir, una misma casa estaba integrada por familiares de tres o hasta cuatro generaciones diferentes. No obstante, la ENASIC 2022 reveló que del total de los hogares unipersonales en el país (5.8 millones), 43.9% correspondía a hogares de personas adultas mayores, lo que equivale a 2.5 millones de personas de 60 años y más que viven solas. El 57.6% de los hogares unipersonales es de mujeres y 42.4% de hombres. Este cambio en la composición de los hogares puede deberse a diversos factores, entre los que destacan la migración, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, la disminución en el número de hijos y los cambios en los valores socioculturales, entre otros (López y Gutiérrez, 2015).

Un dato suplementario que arrojó la ENASIC 2022 fue que la persona cuidadora principal de las personas adultas mayo-

res con alguna discapacidad o dependencia es la hija o nieta (44.3%), seguida del cónyuge o pareja (29.4%) y del hijo o nieto (13.8%). En el caso de las personas adultas mayores sin discapacidad, la persona cuidadora principal es el cónyuge o pareja (49.2%), seguida de la hija o nieta (32.4%) e hijo o nieto (11.3%). Ante la pregunta: “Cuando usted se enferma, ¿quién la o lo cuida regularmente?”, el 36.1% señaló que una hija; 20.6%, un hijo, y 40.5% respondió que nadie (INEGI, 2023b). Este dato es muy interesante porque por un lado coincide con lo mencionado anteriormente sobre la soledad y abandono de las personas adultas mayores, pero también refleja que nuestra sociedad sigue manteniendo los roles de género clásicos, donde las mujeres seguimos siendo las cuidadoras primarias.

Viejismo

Para comprender y abordar adecuadamente la cuestión del cuidado y la atención a la salud de las personas mayores es esencial tener en cuenta el fenómeno del viejismo. El viejismo es un término que se refiere a la discriminación o estigmatización basada en la edad y se ha vuelto un desafío significativo en la sociedad actual. Este fenómeno influye en cómo se trata a las personas mayores en diversos contextos, incluyendo el acceso a la atención médica, las oportunidades de empleo, la percepción social y la calidad de vida en general.

Aunque los avances científicos y médicos logran mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, conteniendo, disminuyendo o incluso evitando las enfermedades crónico-degenerativas, y aunque existieran mejores sistemas de salud pública que permitan llegar a un envejecimiento exitoso y saludable, persiste un significativo problema social relacionado con la discriminación hacia esta población etaria.

El viejismo puede manifestarse de diversas formas, desde la falta de acceso a servicios de salud adecuados hasta la exclusión social y la marginación. Los estereotipos negativos sobre

las personas mayores pueden llevar a una atención médica insuficiente o a la falta de consideración de sus necesidades específicas. Además, la discriminación por edad puede tener un impacto negativo en la autoestima y la salud mental de las personas mayores, lo que a su vez afecta su bienestar general.

El viejismo persiste, tanto así que en todos los documentos oficiales ponencias, presentaciones e incluso en este capítulo se usan eufemismos para referirse a las personas adultas mayores en lugar de decirle viejos. Esto no pasa en el caso de los niños o jóvenes, a los que simplemente se les llama así: niños o jóvenes, sin que ello implique discriminación o insulto por la edad.

Es importante aclarar que, en el campo de la gerontología, se establece una distinción entre los conceptos de vejez y envejecimiento. La vejez se define como una etapa de la vida, que generalmente comienza a los 60 años, considerada como la última fase del ciclo vital y parte integral del proceso de envejecimiento, según lo señalaron Robert y Butler en 1969. En nuestro país, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) admite como miembros a individuos a partir de los 60 años. No obstante, esta percepción de que la vejez inicia a los 60 años puede parecer sorprendente en el contexto actual, ya que la esperanza de vida ha aumentado notablemente y muchas personas de 60 años todavía se sienten activas y gozan de buena salud. No obstante, desde una perspectiva fisiológica, empiezan a manifestarse ciertos signos de deterioro vinculados al proceso de envejecimiento. Es fundamental reflexionar sobre el hecho de que existe una amplia disparidad entre las personas de 60 años y las de 80, tanto en términos de capacidades físicas como mentales. La posibilidad de ajustar la perspectiva y considerar que la vejez puede comenzar a edades más avanzadas, por ejemplo, a los 70 años, podría aliviar la carga de los sistemas de salud, las unidades geriátricas y los servicios de cuidados. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el proceso de envejecimiento varía de persona a persona, lo que hace necesario abordar esta idea con precaución.

Ahora bien, considerando que la vejez es la última fase de la vida y forma parte del envejecimiento (independientemente de la edad a la que comience), es importante entender las actitudes que se han tomado hacia las personas adultas mayores, ya que están relacionadas con la percepción social que éstas mantienen; y esta imagen, a su vez, determina en gran medida la posición social en la que se encuentran. A menudo esta percepción social está determinada por los juicios que hacemos sobre las características de las personas. En este sentido, se han planteado dos ideas contradictorias sobre lo que es la vejez: una afirma que es una etapa de la vida en la que predominan los beneficios, mientras que en la se considera una etapa de pérdidas e incluso se la considera sinónimo de enfermedad.

Dichos estudios sobre la imagen social de la vejez llegan a la conclusión de que la percepción social sobre las personas adultas mayores es fundamentalmente negativa. Esta visión despectiva de este grupo etario conduce a prácticas discriminatorias, ya que se percibe a las personas adultas mayores como diferentes de los demás en sus opiniones, preferencias y necesidades.

En 1968, Butler acuñó el término “*ageism*”, y el cual se castellanizó como “edadismo” (Butler, 1968). Posteriormente, Leopoldo Salvarezza, propuso el término de “viejismo” para describir “el prejuicio que se establece hacia las personas por su edad avanzada y para referirse al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas adultas mayores” (Pérez, Martínez y Martínez, 2013). El viejismo abarca tres aspectos principales:

1. Contenido negativo: se identifica a la vejez como una etapa de enfermedad, de soledad o involución.
2. Contenido positivo o idealizante: se entiende a la vejez como una edad “dorada” y se excluyen las pérdidas naturales que acontecen en este periodo de la vida.

3. Prejuicios confusionales: se considera que llegar a viejo es sinónimo de retorno a la niñez o de promover a la vejez como una eterna juventud, dificultando la comprensión de las características propias de la etapa (McGowan, 2015).

En general, el viejismo es una forma de edadismo que confronta a las generaciones jóvenes contra las mayores a partir de un conflicto basado en prejuicios y estereotipos, obstaculizando un vínculo que es interdependiente y que ocurre cotidianamente en los espacios familiares, sociales y comunitarios en donde existe la convivencia entre los distintos grupos etarios. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto puede derivar en prejuicios, discriminación y políticas y prácticas institucionales que perpetúan creencias estereotipadas sobre la llegada a la vejez (Bozanic y Ortiz, 2021). La discriminación puede manifestarse de varias formas, como la suposición de que las personas mayores no son capaces de aprender cosas nuevas o no son valiosas para la sociedad, menoscabo en los roles sociales y familiares e incluso maltrato físico, económico y psicológico.

Es interesante considerar que existen diferencias en el viejismo en las zonas urbanas y rurales, y que ello puede derivarse de sus respectivos contextos culturales y sociales. En las zonas rurales las personas adultas mayores tienden a ser más respetadas y valoradas por sus conocimientos tradicionales, experiencias y contribuciones a sus comunidades, y pueden ocupar puestos influyentes y ser consideradas líderes. Sin embargo, en algunos casos, las personas mayores de las comunidades rurales pueden sufrir aislamiento, acceso limitado a la asistencia sanitaria y dificultades para adaptarse a los cambios tecnológicos. En las zonas urbanas las personas adultas mayores pueden enfrentarse a retos distintos, como un acceso limitado a viviendas asequibles, asistencia sanitaria y servicios comunitarios. También pueden estar sujetas a estereotipos que las presentan como improducti-

vas o pesadas. Sin embargo, las zonas urbanas también pueden ofrecer más oportunidades para que las personas mayores se dediquen a la educación, las aficiones y las actividades sociales. En general, las diferencias de vejeísmo en las zonas urbanas y rurales están influidas por diversos factores y circunstancias específicas del contexto (Martínez y Vivaldo, 2021).

Para contender y abordar estos temas de discriminación hay que educar a los jóvenes respecto de que el envejecimiento es un proceso que no debe ser visto como una enfermedad, sino como una etapa de la vida de la cual se conoce poco, tanto biológica como psicológica y socialmente, pero que se podría abordar de una manera distinta proponiendo una exposición positiva para contrarrestar los estereotipos, como son el reconocimiento social, la acción política, el desarrollo de una identidad en la vejez y propiciar la intergeneracionalidad, a través de programas sociales en los que se involucre directamente al adulto mayor y que los coloque en roles sociales que sean significativos.

Perspectivas

El envejecimiento de la población mexicana plantea una serie de desafíos complejos que exigen una atención exhaustiva y urgente como la atención de la salud. El incremento de enfermedades crónicas y la discapacidad en la población de edad avanzada subraya la imperante necesidad de mejorar la detección y el manejo de estas condiciones médicas. Ello demanda que México no se quede rezagado en este campo y que se realice investigación básica, aplicada y social que permita entender los mecanismos que determinan un envejecimiento saludable y exitoso. Esto es imperativo para lograr la acertada toma de decisiones en cuanto a la prevención y tratamiento de las enfermedades asociadas a la vejez, así como para favorecer un envejecimiento saludable y lograr mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Tuirán *et al.*, 2002).

Los obstáculos para acceder a servicios médicos plantean cuestionamientos importantes sobre la equidad en el acceso a la atención en geriatría y la implementación de cuidados paliativos que son cruciales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que enfrentan enfermedades graves. Asimismo, es fundamental promover programas de prevención, fomentar la actividad física y actividades sociales para contrarrestar el aislamiento social y potenciar la salud mental de esta población. La desigualdad en el acceso a la atención médica, especialmente en términos de género y cultura, es un desafío crítico que debe ser abordado de manera contundente. Por último, es esencial adaptar las políticas y la financiación para satisfacer las necesidades específicas de las personas mayores en México.

En resumen, se hace necesario un enfoque coordinado y centrado en el bienestar de los adultos mayores para hacer frente a estos desafíos y asegurar una atención de la salud y la prevención de enfermedades de alta calidad y equitativa para esta creciente población en México.

Referencias bibliográficas

- ARMENTA PAULINO, N., Wehrmeister, F. C., Arroyave, L., Barros, A. J. D. y Victora, C. G. (2021). "Ethnic inequalities in health intervention coverage among Mexican women at the individual and municipality levels", *EClinicalMedicine*, 3 (43): 101228. DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.101228
- BOZANIC, A. y Ortiz, F. (2021). "Estereotipos sobre el envejecimiento entre profesionales de salud en Chile: una exploración en tiempos de pandemia", *Anthropologica*, 39: 183-220.
- BUTLER, R. N. (1968). "Ageism: A foreword", *Journal of Social Issues*, 36 (2): 8-11. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018>
- GALLEGOS CARRILLO, K., Honorato Cabañas, Y., Macías, N., García Peña, C., Flores, Y. y Salmerón, J. (2019). "Preventive health services and physical activity improve health-related quality of life in Mexican older adults", *Salud Pública de México*, 61 (2): 106-115. DOI: <https://doi.org/10.21149/9400>

- GOLDSMITH, D. J. y Albrecht, T. L. (2011). "Social support, social networks, and health", en T. L. Thompson, R. Parrott y J. F. Nussbaum (eds.), *The Routledge Handbook of Health Communication*. Nueva York: Routledge, pp. 335-348. DOI: 10.1177/109019818501200106
- GUTIÉRREZ ROBLEDO, L. M. (2009). *Instituto de Geriátría. Memoria institucional*. México: Graphimedic.
- GUTIÉRREZ, J. P., Rivera Dommarco, J., Shamah Levy, T., Villalpando Hernández, S., Franco, A., Cuevas Nasu, L., Romero Martínez, M. y Hernández Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- HAM CHANDE, R. (1999). "Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población", en Consejo Nacional de Población (ed.), *El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México: Conapo, pp. 43-53. Recuperado de <<https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/upload-Manual/envejecimientomexico.pdf>>
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (2019). Boletín de Prensa No 308, 27 de agosto. Recuperado de <<https://www.gob.mx/imss/prensa/com-308-el-imss-cuenta-con-el-mayor-numero-de-profesionales-en-la-atencion-geriatrica-214808>> (consultado el 17 de febrero de 2022).
- INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA [INEGI] (2021). "En México somos 126 014 024 habitantes: Censo de Población y Vivienda", Comunicado de Prensa No 24/21, 25 de enero. Recuperado de <<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6237>>
- (2023a). "Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021", Comunicado de Prensa No 394/23, 6 de julio. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf>
- (2023b). "Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022", Comunicado de Prensa No 578/23, 3 de octubre. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf>
- KAUPPI, M., Kawachi, I., Batty, G. D., Oksanen, T., Elovainio, M. y Pentti, J. (2018). "Characteristics of social networks and mortality risk: evidence from 2 prospective cohort studies", *American Journal of Epidemiology*, 187 (4): 746-753. DOI: 10.1093/aje/kwx301

- LEYVA FLORES, R., Infante Xibille, C., Gutiérrez, J. P. y Quintino Pérez, F. (2013). "Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012", *Salud Pública de México*, 55 (Supl. 2): S123-S128.
- LÓPEZ ORTEGA, M. y Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México* s. l.: Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud (Nota técnica del BID; 1614). Recuperado de <<https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>>
- y Gutiérrez Robledo, L. M. (2015). "Percepciones y valores en torno a los cuidados de las personas adultas mayores", en L. M. Gutiérrez Robledo y L. Giraldo Rodríguez (eds.), *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez*. México: UNAM, pp. 113-132.
- MARTÍNEZ MALDONADO, M. L. y Vivaldo Martínez, M. (2021). "Las nuevas caras del vejestimio ante la pandemia. Una mirada desde las Epistemologías del Sur", en Z. V. Montes de Oca y M. Vivaldo Martínez (eds.), *Las personas mayores ante la COVID-19. Perspectivas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez*. México: SUIEV, UNAM, pp. 384-415.
- MC GOWAN, D. (2015). "El miedo a la vejez", *Voces en el Fénix* (35): 1-19. Recuperado de <www.vocesenelfenix.com/content/el-miedo-la-vejez>
- MONTERO-LÓPEZ LENA, M., Luna Bazaldúa, D. y L. A. Shneidman (2019). "Soledad en las personas mayores en México, desafíos a las políticas públicas", *The Journal of Chinese Sociology*, 6 (16). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40711-019-0106-0>
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION [PAHO]. (2022). *Taking the Pulse of the Health System's Response of the Needs of Older Persons. Situational Analysis Mexico*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization / Family, Health Promotion and Life Course (FPL).
- PELCASTRE VILLAFUERTE, B. E., Cuecuecha Rugerio, E., Treviño Siller, S. G., Rueda Neria, C. M., Ruelas González, M. G. (2020). "Necesidades de salud de los adultos mayores indígenas mayas en México y servicios de salud disponibles", *Comunidad de Atención Social de Salud*, (28): 1688-1697. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12994>
- PÉREZ, M., Martínez, D. y Martínez, S. (2013). "La tercera edad como etapa del desarrollo humano", *EFDportes.com*, 18 (187): 1-15. Recuperado de

- <<https://www.efdeportes.com/efd187/la-tercera-edad-como-desarrollo-humano.htm>>
- REA, J. N. M., Broczek, K. M., Cevenini, E., Celani, L., Rea, S. A. J., Sikora, E., Franceschi, C., Fortunati, V. y Rea, I. M. (2022). "Insights into sibling relationships and longevity from genetics of healthy ageing nonagenarians: The importance of optimization, resilience and social networks", *Frontiers in Psychology*, 6 (13): 722286. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.722286
- REICH, M. R. (2020). "Restructuring health reform, Mexican style", *Health Systems & Reform*, 6 (1): 1-11. DOI: 10.1080/23288604.2020.1763114
- RIVERA HERNÁNDEZ, M., Flores Cerqueda, S. y García Ramírez, J. C. (2017). "The growth of gerontology and geriatrics in Mexico: Past, present, and future", *Gerontology & Geriatrics Education*, 38 (1): 76-91. DOI: 10.1080/02701960.2016.1247068
- ROBERT, N. y Butler, R. N. (1969). "Age-ism: Another form of bigotry", *The Gerontologist*, 9 (4): 243-246. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- SALINAS RODRÍGUEZ, A., De la Cruz Góngora, V. y Manrique Espinoza, B. (2020). "Health conditions, geriatric syndromes and nutritional status of older adults in Mexico", *Salud Pública de México*, 62 (6): 777-785. DOI: <https://doi.org/10.21149/11840>
- SERVÁN MORI, E., Orozco Núñez, E., Guerrero López, C. M. et al. (2023). "A gender-based and quasi-experimental study of the catastrophic and impoverishing health-care expenditures in Mexican households with elderly members, 2000-2020", *Health Systems & Reform*, 9 (1). DOI: <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2183552>
- TUIRÁN, R., Partida, V., Mojarro, O. y Zúñiga, E. (2002). "Tendencias y perspectivas de la fecundidad", en Consejo Nacional de Población (ed.), *La situación demográfica de México*. México: Conapo, pp. 29-48.
- VIVALDO, M. y Martínez, M.L. (2015). "La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas", en L. M. Gutiérrez y D. Kershenovich (eds.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: UNAM / Academia Nacional de Medicina de México / Academia Mexicana de Cirugía / Instituto Nacional de Geriátría, pp. 27-41.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2021). "Decade of healthy ageing: baseline report" [en línea], 14 de enero. Recuperado de <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>>

Cáncer de mama. Problema de bienestar y salud pública en México

José Alfonso de la Fuente Rivera y Alejandro Noguez Ramos

El cáncer de mama es un problema de bienestar y salud pública, ya que se trata de la neoplasia maligna más frecuente, en ambos sexos, en México y el mundo. Se estima que una de cada ocho mujeres lo tendrán. Esto ha llevado a su amplio estudio y análisis para poder diagnosticarlo, tratarlo y prevenirlo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, a través del Globocan (2020), actualmente el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en el mundo, presentando una incidencia de 47.8 por cada 100 mil habitantes y una mortalidad de 13.6 por cada 100 mil habitantes.

En países de primer mundo, el cáncer de mama también es un problema de gran impacto en el bienestar y en la salud pública. Se estima que aproximadamente el 13% de la población femenina en Estados Unidos será diagnosticada con cáncer de mama en algún momento de su vida. La mediana de edad al momento del diagnóstico de cáncer de mama en Estados Unidos es de 63 años. Al momento de diagnóstico, el 91% de los casos se encuentra en etapa locorregional, mientras que el 6% se encuentra en etapa metastásica (National Cancer Institute [NCI], 2023a).

El tamizaje en México es insuficiente, lo que impide un diagnóstico oportuno. En este capítulo se desarrollará esta problemática, enfocada en las implicaciones que tiene en el bienestar y salud colectiva de las mujeres mexicanas y en por qué los oncólogos mexicanos difieren de sus colegas internacionales en las políticas públicas establecidas actualmente.

El cáncer de mama en México

En México, datos del Instituto Nacional de Cancerología (Incan), de la Fundación de Cáncer de Mama (FUCAM) y del IMSS muestran que la mayoría de los diagnósticos se obtienen en etapa clínica II y III, mientras que en países como Inglaterra, Escocia e Irlanda del Norte se realiza el diagnóstico en etapas clínicas I y II. Además, en comparación con el 6% diagnosticado en etapa avanzada reportado en Estados Unidos, en México se diagnostica este cáncer en etapa avanzada en el 15% de los casos, lo cual cambia dramáticamente la supervivencia y pronóstico de las pacientes mexicanas.

En la población mexicana, la mediana de edad al momento del diagnóstico de cáncer de mama es de 53 años. De acuerdo con Globocan (2020), es el segundo tipo de cáncer más frecuente en México, por detrás del cáncer de próstata, con una incidencia de 40.5 por cada 100 mil habitantes y una mortalidad de 10.6 por cada 100 mil habitantes. En 2020 se estima que hubo 7 880 muertes por cáncer de mama en México, siendo equivalente al 8% de las defunciones por cáncer en el país.

La mujer mexicana con cáncer de mama cumple con ciertas comorbilidades específicas que pueden contribuir con pobres desenlaces, como el sobrepeso (40%), obesidad (30%), diabetes mellitus tipo 2 (11%), hipertensión arterial sistémica (18%) y diabetes mellitus tipo 2 + hipertensión arterial sistémica (5%) (Reynoso *et al.*, 2017).

De una forma sucinta, el cáncer de mama se divide de acuerdo con marcadores de inmunohistoquímica, receptores de estrógeno (RE), receptores de progesterona (RP) y HER2/Neu, en los siguientes subtipos: *i*) triple negativo: RP, RE y HER 2/Neu negativos; *ii*) HER: HER 2/Neu positivo y, *iii*) luminal: RP y RE positivos (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2023).

El cáncer de mama triple negativo es el que tiene el peor pronóstico. En el mundo se estima que representa el 5-8% de los

casos, mientras que en México representa el 16% (Reynoso *et al.*, 2017). Por ello, el cáncer de mama en México, en comparación con países de primer mundo, afecta a mujeres diez años más jóvenes, se encuentra en etapas incurables en mayor proporción y tiene mayor cantidad de los subtipos más agresivos.

El diagnóstico de cáncer

El diagnóstico de cáncer se realiza mediante una biopsia, que es obtener una muestra del tumor y analizarlo al microscopio en un laboratorio de patología. Ningún estudio de imagen (como la mastografía) hace el diagnóstico de esta enfermedad (DeVita, Rosenberg y Lawrence, 2019).

Tamizaje

El tamizaje es una prueba que se realiza en sujetos sanos, asintomáticos, con el fin de detectar una enfermedad en etapas tempranas (Global Burden of Disease Cancer Collaboration, 2015). Para que una prueba de tamizaje sea aprobada en la población abierta debe mostrar una reducción en la mortalidad por cáncer; la mastografía ha demostrado reducir la mortalidad en 20-35% (Nelson *et al.*, 2016). En el caso del cáncer de mama, el tamizaje abarca la autoexploración, la mastografía y la exploración clínica.

La mastografía es un estudio de imagen, el cual se realiza tomando dos radiografías de cada mama con ligera compresión al colocar una placa por debajo de la mama, el rayo atraviesa de arriba hacia abajo en la primer radiografía y de manera lateral en segunda y lo que atraviesa la luz del rayo es lo que se observará en la mastografía (IMSS, 2023).

El estudio está destinado para mujeres sin síntomas y tiene como objetivo principal detectar alteraciones en el tejido mamario y axilar, principalmente nódulos o masas que no pueden ser clasificados mediante la exploración, pero sí por un médico radiólogo con especialidad en mastografía (mastólogo) que

analice la mastografía y pueda clasificar las lesiones presentes a través de un sistema conocido como BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System).

Es importante recordar que una mastografía anormal no es sinónimo de cáncer, ya que se trata de un estudio de tamizaje, que en caso de resultar anormal requerirá de un estudio diagnóstico definitivo, como una biopsia. Se estima que sólo el 10% de las mujeres con una mastografía alterada tendrá un diagnóstico formal de cáncer de mama.

En promedio, una mastografía cuenta con un 85% de sensibilidad y 90% de especificidad. Sin embargo, un factor fundamental que se debe considerar dentro del resultado de una mastografía es la edad, ya que ésta puede influenciar en la sensibilidad y especificidad de la prueba realizada. Por ello se recomienda realizarla a partir de los 40 años.

En 2016, se llevó a cabo un metaanálisis con diez ensayos clínicos, sobre los efectos del tamizaje sobre la mortalidad por cáncer de mama, en el que el *hazard ratio* fue de 0.8, concluyendo que una mastografía logra disminuir en 20% la mortalidad en pacientes con cáncer de mama y que el cáncer avanzado se reduce con pruebas de detección en mujeres de 50 años o más (Nelson *et al.*, 2016).

La mastografía de tamizaje es una prueba que se realiza en mujeres asintomáticas con el objetivo de diagnosticar cáncer en etapas tempranas. La clasificación utilizada es la de BIRADS, la cual nos da seis categorías, dependiendo de lo que el mastólogo interprete en la radiografía, se indican biopsias a partir de un BIRADS 4 (tabla 1).

Tabla 1. Sistema BIRADS para clasificar los resultados de mastografía

Categoría	Recomendación	Posibilidad de malignidad
0	Complementar con estudios adicionales como el ultrasonido y comparar con estudios previos.	No es suficiente para dar un diagnóstico.
1	Mastografía anual a partir de los 40 años.	Negativo. Sin hallazgos.
2	Mastografía anual a partir de los 40 años.	Hallazgos benignos.
3	Seguimiento con mastografía unilateral del lado que presenta los hallazgos en 6 meses y después bilateral de manera anual.	Hallazgos probablemente benignos. <2% de posibilidad de malignidad.
4	Realizar una biopsia.	Hallazgos con sospecha de malignidad. >2% - <95% de posibilidad de malignidad. · 4a: Baja sospecha de malignidad. >2 - <10% · 4b: Moderada sospecha de malignidad. >10 - <50% · 4c: Alta sospecha de malignidad. >50 - <95%
5	Realizar una biopsia.	Altamente sugestivo de malignidad. >95% de posibilidad de malignidad.
6	Tratamiento quirúrgico o sistémico.	Presenta diagnóstico histológico de malignidad previo.

Fuente: Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario (2023).

Sobrediagnóstico del tamizaje

A lo largo de los años se ha generado un amplio debate en torno a las pruebas de tamizaje, especialmente para el cáncer de mama y sobre si éstas pueden llegar a generar más daño que be-

neficio en las mujeres. Principalmente se cuestiona (Nelson *et al.*, 2016) cuánto impacta en reducción de mortalidad y cuánto daño puede ocasionar el sobrediagnóstico, el cual se refiere a los diagnósticos realizados por tamizaje que no se habrían hecho clínicamente o de manera evidente a lo largo de la vida de la mujer, causando que éstas reciban tratamiento por algo que nunca les iba a causar problema en su vida.

Un Panel Independiente en Reino Unido (2012), con sede en el Departamento de Epidemiología y Salud Pública en la University College de Londres, fue convocado para poder dar una determinación en cuanto a los beneficios y daños del tamizaje para cáncer de mama, basándose en revisión de artículos publicados y evidencia presentada por expertos en el tema. Concluyeron que las pruebas de tamizaje para cáncer de mama reducen de manera importante la mortalidad, sin embargo se presta al sobrediagnóstico. Estimaron que por cada 10 mil mujeres de 50 años que lleven a cabo su correcto tamizaje por 20 años, se evitarían 43 muertes por cáncer de mama y se sobrediagnosticarían 129 casos. Es decir, que se evita una muerte por cáncer de mama por cada tres casos sobrediagnosticados. La retroalimentación del panel fue que las mujeres sienten que vale la pena realizarse el tamizaje mamario, ya que a pesar de la posibilidad de un sobrediagnóstico, esto puede salvarles la vida.

Políticas públicas internacionales

Existe una gran diferencia entre los métodos de tamizaje contra el cáncer de mama aprobados en las prácticas clínicas de distintos países:

1. Estados Unidos se opone a que se enseñe la autoexploración mamaria a la población, no recomienda la exploración clínica, pero sí la mastografía cada 2 años en mujeres de 50 a 74 años (U.S. Preventive Services Task Force [USPSTF], 2016).

- 2. Canadá no recomienda la autoexploración mamaria ni la exploración clínica, únicamente la mastografía cada 2-3 años, en mujeres de 50 a 69 años (Canadian Task Force on Preventive Health Care [CTFPHC], 2023).
- 3. España tampoco recomienda la autoexploración mamaria ni la exploración clínica, sólo recomienda mastografía cada dos años, en mujeres de 50 a 69 años (Asociación Española contra el Cáncer, 2023).

Políticas públicas en México

De acuerdo con el Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (2023), México país plantea un esquema de tamizaje que comienza recomendando la autoexploración mamaria de manera mensual a partir de los 18 años, seguido de la exploración clínica anual a partir de los 25 años y, por último, la mastografía anual a partir de los 40, hasta los 69 años.

Tabla 2. Indicaciones de tamizaje del cáncer de mama en Norteamérica

	Estados Unidos ¹	Canadá ²	México ³
Autoexploración mamaria	En contra de que se enseñe a la población.	No	Mensual a partir de los 18 años
Exploración clínica	No	No	Anualmente a partir de los 25 años
Mastografía	Cada dos años desde los 50 hasta los 74 años.	Cada dos-tres años desde los 50 hasta los 69 años.	Anual desde los 40 hasta los 69 años

Fuentes: ¹ USPSTF (2016); ² CTFPHC (2023); ³ Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario (2023).

¿Por qué las diferencias en cuanto a la autoexploración?

Un artículo científico en Shangai (Thomas *et al.*, 2002), donde dieron seguimiento por diez años a 266 064 mujeres, reportan que la autoexploración no tiene un impacto significativo sobre el diagnóstico temprano de cáncer de mama; sin embargo, en México la mayoría de las mujeres logra detectar de manera prematura el cáncer de mama a través de la autoexploración mamaria.

El 80% del cáncer de mama detectado en México, es por autoexploración mamaria, logrando diagnosticarlo en estadios tempranos y localizados (0-II) en el 61% de los casos, a comparación del 41% de los casos, cuando no se realiza autoexploración mamaria (Becerril *et al.*, 2021).

A diferencia de países de primer mundo, México recomienda iniciar la mastografía a los 40 años porque como se menciona previamente, la mediana de diagnóstico es a los 53 años, en comparación con Estados Unidos donde es de 63 años, por lo que si comenzamos a realizar el tamizaje a los 50 años, más de la mitad de las pacientes con cáncer de mama ya lo habrán presentado.

En México la autoexploración mamaria sigue siendo la principal forma de diagnóstico para el cáncer de mama, es por ello que se incentiva a la población femenina a que éste se comience a realizar de forma mensual a partir de los 18 años y así lograr identificarlo y tratarlo en etapas tempranas.

¿Por qué las diferencias en cuanto a la exploración clínica?

Un ensayo clínico canadiense (Miller *et al.*, 2014), realizado en 89 835 mujeres, mostró que la exploración física anual por un médico no tiene un impacto, adicional a la mastografía, en la supervivencia por cáncer de mama. Sin embargo, un estudio realizado en la India (Mittra *et al.*, 2021) dio seguimiento por 20 años a 151 538 mujeres concluye que la exploración mamaria por un médico tiene un impacto significativo sobre el diagnóstico temprano de cáncer de mama.

En países de primer mundo con sistemas efectivos de tamizaje, la exploración mamaria por un médico no añade beneficio en supervivencia. Empero, en países como la India sí lo hubo. India tiene un sistema de salud más parecido al mexicano que al canadiense, por lo que en México se recomienda la exploración clínica de forma anual a partir de los 25 años.

Implementación del tamizaje en un país en vías de desarrollo

En México, la formación de profesionales de la salud carece de abordaje en temas de cáncer de mama, académicamente debe implementarse de manera más profunda el tema del tamizaje, diagnóstico y tratamiento para que las mujeres puedan acudir al médico y se les brinde información clara con relación al tema. Se necesita un trabajo multidisciplinario para el tamizaje y abordaje de pacientes con cáncer de mama, con radiólogos y oncólogos especialistas en el tema.

Como país se debe fomentar la formación de médicos oncólogos, radiólogos y mastólogos, ya que éstos representan una minoría dentro del sector médico nacional. Sólo se cuenta con 587 mastólogos en todo el país (Galván, 2022), de igual manera en la Sociedad Mexicana de Oncología hay 1 400 oncólogos registrados, lo que representa un médico oncólogo por cada 90 mil mexicanos. Estos bajos números hacen que se utilicen técnicos o médicos poco capacitados para interpretar estos estudios, lo que explica interpretaciones erróneas, biopsias excesivas o innecesarias en México.

Además de poco personal capacitado, faltan equipos diagnósticos. De acuerdo con el censo poblacional del INEGI (2020), en México hay 65 millones de mujeres y de ellas; 23 millones son mujeres mayores de 40 años, las cuales son el sector poblacional a quien se recomienda continuar el tamizaje de cáncer de mama con mastografía.

En el año 2021 se registraron 1 281 mastógrafos en todo el país, sin embargo en el sector público se estima que sólo hay 267 aparatos, lo que equivale a 11.6 mastógrafos disponibles por

cada millón de mujeres mayores de 40 años y a 4.5 mastografías realizadas por millón de mujeres, mientras que el número promedio de mastografías en el sector público de países de la OCDE es de 19.9 mastografías por millón de mujeres (Sandoval, 2020).

Inversión económica en cáncer de mama

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud ha destinado a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos más de 6 773 millones de pesos para financiar la atención de más de 34 mil casos de cáncer de mama. El Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi, 2020) menciona que de 2017 a 2019, el gobierno federal le otorgó al FUCAM más de 776 millones de pesos para la atención de cáncer de mama.

Mientras que el Instituto Nacional de Cáncer estadounidense (NCI, 2023b) estima que en 2022 Estados Unidos invirtió 558.3 millones de dólares únicamente para la investigación en cáncer de mama y 7.6 billones de dólares en tratamiento y prevención de cáncer, a través de su Instituto Nacional para la Salud. Lo que nos habla de una diferencia abismal de capital de inversión en comparación a México para estudiar, tratar y prevenir una enfermedad que a nivel mundial tiene un gran impacto en la salud de las mujeres.

Si México diera más prioridad a implementar mejores programas contra el cáncer de mama lograría cubrir el tamizaje de alrededor del 70% de mujeres entre 40 y 69 años. Salvando cinco vidas por cada mil mujeres en las que se realice tamizaje para cáncer de mama en tiempo y forma.

La Secretaría de Salud, el organismo responsable de la administración de la salud pública en México, debe supervisar que se invierta aún más en cáncer de mama, promocionando de igual manera la educación con respecto al tema de tamizaje, haciendo énfasis en el impacto que tiene la autoexploración mamaria, la mastografía y las edades de cuándo se deben comenzar a rea-

lizar las mismas. Diseñando nuevas y mejores políticas públicas, programas de salud y campañas educativas en materia de cáncer de mama, así como facilitar acceso a servicios de salud, donde se garantice un tamizaje de calidad.

Costos económicos del tamizaje de cáncer de mama

De acuerdo con la literatura actual, no existe ningún estudio actual para estimar los costos del cáncer de mama en México, debido al inadecuado registro epidemiológico y al retraso en las aprobaciones de medicamentos actuales. La evidencia americana dimensiona los costos por etapa clínica.

Los costos (convertidos a pesos mexicanos) fueron más altos para los pacientes cuyo cáncer estaba más avanzado en el momento del diagnóstico; siendo de aproximadamente 1 200 000 1 640 000 pesos para estadios localizados (I-II), de 2 580 000 pesos para el estadio III y 2 700 000 pesos para el estadio IV (Blumen, Fitch y Polkus, 2016).

La diferencia de costos se encuentra basada en la etapa en el momento del diagnóstico, debido en gran medida a que los costos de las quimioterapias varían según el estadio de la enfermedad, además de considerar los tratamientos no oncológicos, que se vuelven necesarios con el progreso de la enfermedad.

El tamizaje salva vidas debido a que detecta el cáncer en etapas tempranas y el tratamiento tiene una intención curativa. Si esto no mueve los cimientos de los encargados de políticas públicas, esperamos que los costos sí lo hagan. El conocimiento de los costos específicos del cáncer de mama ayuda a fortalecer la salud pública, así como el impulso y desarrollo de programas de detección de cáncer de mama.

Costos sociales del tamizaje de cáncer de mama

Gracias al tamizaje se ha logrado aumentar la supervivencia de mujeres con cáncer de mama, sin embargo éste sigue teniendo un impacto significativo en la vida de las mujeres después del diagnóstico. El cáncer de mama no sólo tiene repercusiones en

la salud de las personas, sino que también genera un costo en sus relaciones intra e interpersonales.

Un estudio en México reportó que después del diagnóstico de cáncer de mama en mujeres menores de 50 años, el 36% de las parejas se separó y el 31% reportó un impacto positivo en su relación como consecuencia del cáncer de mama, mientras que el 50% de las parejas reportó un impacto negativo en su relación (Campos *et al.*, 2023).

La literatura internacional actual indica que el impacto del cáncer de mama en el matrimonio es mínimo; sin embargo, estudios nacionales como el mencionado reportan lo contrario, números elevados en cuanto a la separación de parejas y un impacto negativo en la relación.

Por otra parte, el diagnóstico de cáncer de mama tiene un impacto en la vida laboral de las mujeres. Se realizó un estudio en mexicanas que trabajaban al momento de ser diagnosticadas con cáncer de mama y su estado actual laboral después de haber iniciado tratamiento.

Se reportó que al momento del diagnóstico el 51% trabajaba tiempo completo, 33% autoempleadas y 16% medio tiempo. Mientras que después de iniciar tratamiento solo el 19% continuó trabajando tiempo completo, 12% medio tiempo, 28% desempleadas sin buscar trabajo, 22% desempleadas buscando trabajo, 10% empleadas con incapacidad y 7% auto empleadas (Ramírez *et al.*, 2023).

Mientras que después de iniciar tratamiento, reportaron que el 42% de las mujeres buscaba volver a trabajar debido a necesidad económica. Al finalizar su tratamiento, la mitad de las pacientes quedaron desempleadas y el 66% de las pacientes consideraron su estado de salud actual como un obstáculo para su reinserción laboral (Ramírez *et al.*, 2023).

El cáncer de mama implica una carga emocional, física y psicológica que se presenta con su diagnóstico y tratamiento, por lo que se deben diseñar estrategias y sistemas de apoyo que ayuden a la pacientes durante y en los años posteriores al diag-

nóstico. El impacto social del diagnóstico de cáncer ha sido tradicionalmente ignorado, hasta los últimos años. No hay que olvidar que cada paciente es un ser humano con contexto social individual. Todos estos factores se deben tomar en cuenta para ajustar el tratamiento de las mujeres con cáncer en 2024.

Impacto del COVID-19 en el tamizaje

La pandemia por COVID-19 tuvo un gran impacto sobre el tamizaje en cáncer de mama. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública indica que en 2020 se vieron afectados los servicios de salud a los que describen como “no esenciales”, entre ellos los programas públicos de tamizaje para cáncer de mama.

En 2020 hubo una disminución del 50% en el número de mastografías realizadas en el país durante los primeros seis meses de la emergencia sanitaria; de acuerdo con datos internacionales, sí hubo una disminución del 75% en el número de mastografías por seis meses, por lo que se espera que el resultado de ello sea de 5 mil muertes adicionales en el curso de los siguiente diez años.

Se estima que a todo lo largo del año 2020, desde el inicio de la pandemia, sólo se realizaron un total de 65 mastografías y 200 mastografías en enero de 2021. A poco más de cuatro años de la pandemia, se reporta una disminución importante en el número de estudios de tamizaje realizados, no sólo en México sino en todo el mundo, lo que sin duda tendrá un impacto en el aumento de casos avanzados y muertes por cáncer de mama (Galván, 2022).

Conclusiones

El cáncer de mama es un problema de salud pública en México, las políticas públicas se han ajustado y configurado de acuerdo con las necesidades de los mexicanos, ya que éstas no

representan las mismas necesidades que tiene la población estadounidense o la europea. En comparación con países de primer mundo, afecta a mujeres diez años más jóvenes, se encuentra en etapas incurables en mayor proporción y tiene mayor cantidad de los subtipos más agresivos.

El diagnóstico de cáncer se realiza mediante una biopsia, que es obtener una muestra del tumor y analizarlo al microscopio en un laboratorio de patología. Ningún estudio de imagen (como la mastografía) hace el diagnóstico de esta enfermedad. La mastografía de tamizaje es una prueba que se realiza en mujeres asintomáticas con el objetivo de diagnosticar cáncer en etapas tempranas. La clasificación utilizada es la de BIRADS y se indican biopsias a partir de un BIRADS 4.

Es necesario que haya una adecuada administración en los recursos financieros y que existan mejores políticas públicas para que los programas de detección temprana del cáncer de mama en México sean sostenibles.

El tamizaje para cáncer de mama salva vidas debido a que detecta la enfermedad en etapas tempranas y el tratamiento tiene una intención curativa, aumentando la esperanza de vida en al menos 20% de las mujeres. Un diagnóstico oportuno no sólo salva vidas, sino que también tiene implicaciones en los costos de tratamiento, ya que resulta más económico tratarlo en etapas tempranas que en etapas avanzadas; además, vuelve más favorables las consecuencias a las que se enfrentan las mujeres con cáncer de mama, de carácter emocional, marital y laboral.

El impacto social del diagnóstico de cáncer ha sido tradicionalmente ignorado, hasta en años recientes. No hay que olvidar que cada paciente es un ser humano con contexto social individual. Todos estos factores se deben tomar en cuenta para ajustar el tratamiento de las mujeres con cáncer en el año 2024.

La brecha hasta un tamizaje universal es amplia, sin embargo se está trabajando en ello día con día. Por favor, si la lectora de este capítulo es mexicana, recuerde la importancia de iniciar su

autoexploración mamaria a los 18 años, su exploración clínica a los 25 años y su mastografía anual a los 40 años. Esto podría salvar su vida o, si lo recomienda, la de un ser querido.

Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. (2023). “Cribado de cáncer de mama: qué es y su importancia” [en línea], 2 de octubre. Recuperado de <[https://blog.contraelcancer.es/cribado-cancer-mama/#:~:text=El%20cribado%20de%20cáncer%20de%20mama%20en%20España%20se%20realiza,bienales%20\(cada%20%20años\)>](https://blog.contraelcancer.es/cribado-cancer-mama/#:~:text=El%20cribado%20de%20cáncer%20de%20mama%20en%20España%20se%20realiza,bienales%20(cada%20%20años)>)>
- BECERRIL, A. *et al.* (2021). Factors associated with breast self-examination in Mexican young women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 39 (15). DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.10562.
- BLUMEN, H., Fitch, K. y Polkus, V. (2016). “Comparison of treatment costs for breast cancer, by tumor stage and type of service”, *American Health & Drug Benefits*, 9 (1): 23-32.
- CAMPOS, S., Ovando, A., Mendoza, A. *et al.* (2023). “Divorce and marital dissolution after breast cancer diagnosis in young breast cancer survivors in Mexico”, San Antonio Breast Cancer Symposium.
- CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE [CTFPHC] (2023). “2023 Breast Cancer Screening – October Update” [en línea]. Recuperado de <<https://canadiantaskforce.ca/2023-breast-cancer-screening-october-update/>>
- CONSENSO MEXICANO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER MAMARIO (2023). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario*, Décima revisión, Colima, México.
- DEVITA, V., Rosenberg, S. y Lawrence, T. (2019). *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology* (11ª ed.). Ámsterdam: Wolters Kluwer.
- GALVÁN, M. (2022). “México no tiene suficientes mastógrafos para la detección de cáncer de mama”, *Expansión*, 20 de junio. Recuperado de <<https://politica.expansion.mx/mexico/2022/06/20/mexico-mil-mastografos-en-el-sector-publico>>

- GLOBAL BURDEN OF DISEASE CANCER COLLABORATION (2015). "The global burden of cancer 2013", *JAMA Oncology*, 1 (4): 505-527. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.0735>
- GLOBOCAN (2020). "Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2020, both sexes, all ages (excl. NMSC)" [en línea]. Recuperado de <<https://gco.iarc.fr>>
- INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR [INSABI] (2020). "Ninguna mujer con cáncer se quedará sin atención; el Gobierno de México paga los tratamientos que ofrece Fucam" [en línea], 20 de febrero. Recuperado de <<https://www.gob.mx/insabi/prensa/013-ninguna-mujer-con-cancer-se-quedara-sin-atencion-el-gobierno-de-mexico-paga-los-tratamientos-que-ofrece-fucam>>
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (2023). "La mastografía" [en línea]. Recuperado de <<https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama/mastografia>>
- MILLER, A. *et al.* (2014). "Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial", *BMJ*, 348: g366. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g366>
- MITTRA, I. *et al.* (2021). "Effect of screening by clinical breast examination on breast cancer incidence and mortality after 20 years: prospective, cluster randomised controlled trial in Mumbai", *BMJ*, 372 (256). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n256>
- NATIONAL CANCER INSTITUTE [NCI] (2023a). "Cancer stat facts: female breast cancer" [en línea]. Recuperado de <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>>
- (2023b). "Funding for research areas" [en línea]. Recuperado de <<https://www.cancer.gov/about-nci/budget/fact-book/data/research-funding>>
- NELSON, H. *et al.* (2016). "Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation", *Annals of Internal Medicine*, 164 (4): 244-255. DOI: <https://doi.org/10.7326/M15-0969>
- RAMÍREZ, A., GONZÁLEZ, D., VÁZQUEZ, D., *et al.* (2023). "#Initial results from a cohort study on the impact of breast cancer on employment in Mexican patients". San Antonio Breast Cancer Symposium.

- REYNOSO, N. *et al.* (2017). "Clinical and epidemiological profile of breast cancer in Mexico: results of the Seguro Popular", *Journal of Global Oncology*, 3 (6): 757-764. DOI: <https://doi.org/10.1200/JGO.2016.007377>
- SANDOVAL, J. (2020). "Proyección en el sector salud 2018-2024", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58 (2): 80-83.
- THOMAS, D. *et al.* (2002). "Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results", *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (19): 1445-1457. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/94.19.1445>
- U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE [USPSTF] (2016). "Breast cancer: Screening" [en línea]. Recuperado de <<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening>>

La vacunación contra el SARS-COV-2 durante la pandemia por COVID-19

*Gilberto Silva Bañuelos, Luis Eduardo del Moral Trinidad
y Melva Herrera Guadalupe Godina*

La enfermedad COVID-19, generada por el virus SARS-COV-2 fue declarada como pandemia en marzo de 2020, con una tasa de letalidad global de entre el 1% y 3%, afectando principalmente a los adultos mayores, personas con alguna comorbilidad y mujeres embarazadas. En México, a mediados de 2023 se habían acumulado un total de 7 633 355 casos confirmados, así como 334 336 defunciones por esta nueva enfermedad (Gobierno de México, 2023).

Debido a esto, la vacunación contra esta nueva patología resultó en una relación directa y significativa con el bienestar de la población, por lo que, a finales del año 2020, el gobierno de México publicó su primera Política Nacional de Vacunación contra la COVID-19, cuyo objetivo general era “disminuir la carga de enfermedad, así como las defunciones” por esta enfermedad. Hasta el mes de diciembre de 2022, la política había sido sometida a diez ediciones, esto debido a las mutaciones constantes del virus, al avance en la investigación de nuevas vacunas, la repriorización de los grupos poblacionales para la vacunación, así como la modificación de los procesos masivos de vacunación.

Cabe destacar que, pese a que la política rectora de vacunación posee objetivos generales y específicos, no cuenta con indicadores que permitan su evaluación. Dicho lo anterior, la salud pública tiene la facultad (y responsabilidad) de evaluar las políticas públicas en materia de salud, y dentro del contexto de la pandemia por COVID-19, el evaluar el impacto de la política de vacunación nos permite, *grosso modo*, saber si esta campaña de vacunación cumplió con el objetivo general en la población.

Las metodologías para la evaluación de políticas públicas cuentan con fórmulas matemáticas que requieren de información de, al menos, dos momentos en el tiempo y sobre dos grupos (beneficiarios y no beneficiarios de dicha política); sin embargo, tanto en México, como en el resto del mundo, no existe un grupo “no beneficiario”, ya que la vacunación contra el SARS-COV-2 fue aplicada en todos los países y, en el caso de México, la Política Nacional de Vacunación fue efectiva en todos los estados de la República. Por lo anterior, es comprensible que sean limitados los estudios que evalúen el impacto de la política de vacunación (tanto en México como en el resto del mundo), por lo que múltiples han sido las propuestas metodológicas para poder realizar esta evaluación.

Además, la política de vacunación presentó retos en la operatividad del programa, resultado de múltiples barreras presentadas durante el periodo de la pandemia. Entre ellos podemos identificar los correspondientes a la estructura del sistema, como el desabasto de la vacuna, la disponibilidad de módulos para vacunarse y la disponibilidad de biológicos adecuados para la población objetivo; también se retrata el fenómeno del rechazo a la vacunación debido al trasfondo mediático-político generado durante ese periodo y cómo esto modificó las actitudes de la población para con la vacunación.

En suma, se aborda la política de vacunación desde la evaluación de la misma, recolectado la evidencia que respalde su eficacia o fracaso, con una mirada hacia el análisis de la política y sus diversas vertientes, tomando en cuenta el impacto de la vacunación en el bienestar de la población en múltiples dimensiones: reducción de la enfermedad, mejorar la salud mental, estabilidad económica, acceso a servicios y actividades, protección de grupos vulnerables y educación comunitaria.

Generalidades de la COVID-19

El brote de una nueva enfermedad nombrada COVID-19 (del inglés, *Coronavirus disease-2019*) fue generado por el virus del *síndrome respiratorio agudo severo tipo-2* (SARS-COV-2) y declarado como una pandemia en marzo del año 2020; las tasas de letalidad global se estimaban entre el 1% y 3%, afectando principalmente a los adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con alguna comorbilidad (Díaz y Toro, 2020).

El periodo promedio de incubación es de cinco días, sin embargo, en algunos pacientes puede ser de hasta 14 días (Guo *et al.*, 2020). El curso de la COVID-19 es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación asistida, frecuentemente fatal (Wang *et al.*, 2020).

Los síntomas más frecuentes son la fiebre y tos; la fatiga es común, así como las mialgias y la cefalea, las cuales ocurren entre el 10% y 20% de los casos. Otros síntomas que afectan el tracto respiratorio alto son: dolor de garganta, congestión nasal y rino-rrea, que se presentan en menos del 15% de los casos (Guan *et al.*, 2020). Las alteraciones de los sentidos del gusto y del olfato también pueden estar presentes (Lechien *et al.*, 2020).

Entre las complicaciones más comunes de la COVID-19 encontramos la neumonía, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), coagulación intravascular diseminada, miocarditis, daño renal agudo y sobreinfecciones bacterianas, frecuentemente en forma de choque séptico (Guan *et al.*, 2020).

Hasta el momento no hay un tratamiento antiviral específico aprobado; los pacientes con cuadros leves se manejan sintomáticamente y aislados en su casa, mientras que los casos graves son aislados y el tratamiento es enfocado al alivio de los síntomas generales, la oxigenoterapia y, en los casos críticos, al soporte respiratorio, con o sin ventilación mecánica (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Desde la aparición del SARS-COV-2 se trabajó a nivel mundial en el desarrollo de una vacuna efectiva y segura contra el virus (Díaz y Toro, 2020).

La vacunación y su importancia en la pandemia de COVID-19

Desde su introducción, las vacunas han demostrado ser una herramienta efectiva para prevenir enfermedades. Consideradas como uno de los mecanismos más efectivos de prevención, las vacunas han estado presentes desde hace poco más de 200 años en el mundo (Palazzi, 2023).

Como antecedente histórico, podemos citar los casos de erradicación de la poliomielitis y el sarampión, que representan el esfuerzo para combatir enfermedades que, hasta antes de la vacunación, presentaban altos niveles de mortalidad y de discapacidad (Souza *et al.*, 2022).

También es notorio el impacto económico que tiene la vacunación. Cada año, en países como Estados Unidos, las vacunas permiten reducir 9 billones de dólares en costos de tratamiento y hospitalización por enfermedades prevenibles por vacunación y, aún más, previenen hasta 33 billones de dólares en costos indirectos, como el ausentismo laboral (Schuchat, 2011).

En relación con la pandemia de COVID-19, como se ha mencionado, representó un reto para la salud pública de todos los países debido a su rápida diseminación y la mortalidad tan elevada que presentó. Así, los esfuerzos de la comunidad científica se conjugaron para la formulación de diversas vacunas que, en poco más de un año, ya estaban siendo aplicadas a la población enfocándose en grupos de riesgo (Yang *et al.*, 2023).

Entonces, debemos remarcar que la vacunación contra esta pandemia no previno la aparición de la enfermedad, pero sí disminuyó su severidad y el riesgo de muerte en caso de contraerla; y por otra parte, que la vacunación fue primordial para la mitigación y la reducción de la mortalidad que se observaron durante los primeros meses de 2023 (Palazzi, 2023).

Sin duda, la vacunación representa una herramienta vital en la salud pública para la prevención de enfermedades, tanto para la reducción de la morbimortalidad, como la reducción de costos directos e indirectos en los sistemas de salud. Sin embargo,

los programas de vacunación aún presentan barreras para su implementación, de las cuales no está exenta la vacunación para COVID-19, mismas que se abordan más adelante en este capítulo.

Políticas de vacunación durante la pandemia en México

El día 8 de diciembre del año 2020, se publica la Política Nacional PNRVC-04122020, bajo el nombre “Política Nacional Rectora de vacunación contra el virus SARS-COV-2 para la prevención de la COVID-19” (Cortés, Gómez y Alba, 2022), siendo la primera propuesta para definir la vacunación nacional contra el SARS-COV-2. En la misma se describen las recomendaciones del grupo técnico asesor de vacunas, los diferentes tipos de candidatos vacunales, la priorización de los grupos de población que se vacunarán, las etapas y logística de la estrategia, así como el plan de comunicación.

El documento ha sido actualizado hasta el mes de diciembre del año 2022, contando así con un total de diez ediciones de la política, esto a razón de la actualización en el conocimiento de la COVID-19, avances en la información acerca de las vacunas (tanto aquellas que dejasen de ser recomendadas, así como las que se fuesen incorporando o recomendando por organismos internacionales) y los procesos de vacunación.

El sustento legal de la Política Nacional de Vacunación en México fue el siguiente:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4, párrafo cuarto y 73, fracción XVI, base 2a y 3a.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 39, fracciones I, VI, VII, VIII, XIII, XXI, XXV y XXVI; Ley General de Salud, artículo 3, fracciones I, II, III y XV, 4, fracción III 7, fracciones I y XV, 13 apartado A, fracciones III, V, VI, IX, X y XI, 31, 102, 133, fracción IV, 134, fracciones II y XIV, 135, 139, 141, 144, 147, 157 bis 6; 157 bis 8, 157 bis 11, 157 bis 12 y 184.

3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, artículos 1, 3, 7, fracciones X, XII y XVI, 8, fracción VIII, 10 fracciones I, IV, XIV y XVIII, y 47 fracciones II, IV, VI, VII y VIII.
4. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia (DOF, 23 de marzo de 2020).
5. Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) (DOF, 27 de marzo de 2020).
6. Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) (DOF, 30 de marzo de 2020).
7. Acuerdo por el que se instruyen a la Secretaría de Salud y a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios las acciones que en el mismo se indican (DOF, 11 de noviembre de 2020).
- Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2 para la prevención de la COVID-19 en México (DOF, 8 de enero de 2021).
8. Acuerdo por el que se establecen brigadas especiales, como una acción extraordinaria en materia de salubridad general, para llevar a cabo la vacunación como medida para la mitigación y control de la enfermedad COVID-19, en todo el territorio nacional.

El objetivo general del Plan Nacional de Vacunación es “disminuir la carga de enfermedad y defunciones ocasionada por la

COVID-19” (Cortés, Gómez y Alba, 2022), mientras que los objetivos específicos son:

- 1) Vacunar a las personas más susceptibles a desarrollar complicaciones por COVID-19, incluyendo a embarazadas de 12 años y más a partir del tercer mes de embarazo y a menores de edad entre 12 y 17 años que vivan con alguna comorbilidad que incremente su riesgo;
- 2) Reducir el número de hospitalizaciones y muertes;
- 3) Facilitar la reapertura económica y regreso a las actividades normales, y
- 4) Vacunar entre el 70% y 80% de la población en México para buscar generar inmunidad de grupo (Cortés, Gómez y Alba, 2022).

Impacto del plan nacional de vacunación contra el SARS-COV-2

Desde la perspectiva de la Salud Pública, la expresión operativa de esta ciencia se articula en las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), entendidas como

las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud [ops], 2020).

A partir del surgimiento de las FESP, se reconocen las siguientes etapas: 1) la evaluación, que incluía la evaluación, la investigación y el análisis de las necesidades en salud, los riesgos para la salud y sus determinantes; 2) el desarrollo de políticas, que incluía la promoción de la causa, la priorización y la planificación de políticas de salud pública; y 3) la garantía, que incluía

la gestión de recursos y la implementación de programas para asegurar el acceso a los servicios (OPS, 2020)

Dicho lo anterior, entendemos que la Salud Pública tiene la responsabilidad del desarrollo y evaluación de políticas públicas, siendo este el caso específico de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2.

La evaluación del impacto de las políticas públicas nos permite medir los efectos que tienen éstas en sus beneficiarios con respecto a la población que tiene características similares, pero que no reciben los beneficios de esta política (Coneval, s.f.). Dentro del contexto de la pandemia por COVID-19, el determinar el impacto de la política de vacunación nos permite, *grosso modo*, saber si esta campaña masiva de vacunación cumplió con el objetivo general.

Por lo general, las metodologías de evaluación de impacto se basan en fórmulas matemáticas que requieren información específica: dos momentos en el tiempo (por lo menos) sobre dos grupos (beneficiarios y no beneficiarios de la política en cuestión), en algún momento determinado por las características del indicador sujeto a la medición (Bernal y Peña, 2011). Sin embargo, tanto en México, como en el resto del mundo, no existe un grupo “no beneficiario”, ya que la vacunación contra la COVID-19 fue aplicada en toda la población y, en el caso de México, en todos los estados.

Otra de las maneras que existen para determinar el impacto de una política pública es aquella que se basa en el cumplimiento de los indicadores, los cuales se definen como “medidas verificables de cambio o resultado, diseñadas para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso, con respecto a metas establecidas” (Sandoval y Richard, 2003). Sin embargo, dentro de la Política Nacional de Vacunación contra la COVID-19 no encontramos referidos los indicadores que guíen la evaluación de esta campaña de vacunación.

En este contexto extraordinario encontramos una propuesta alterna para la evaluación del impacto en las políticas de vacu-

nación contra la COVID-19. Ésta refiere que se realice mediante la correlación que se encuentre entre la tasa de letalidad por COVID-19 y la vacunación contra el SARS-COV-2; esto se realiza mediante los niveles de correlación y determinación de Spearman, la cual es “la cuantificación de la fuerza de la relación lineal entre dos variables” (la relación entre los periodos de implementación de la vacunación y la tasa de letalidad en los mismos) (Díaz Pinzón, 2021).

Retos de la vacunación durante la pandemia

En esta sección, abordaremos aquellas dificultades presentadas por la política de vacunación contra la COVID-19 que se ha venido discutiendo, teniendo en cuenta siempre que estos obstáculos no son absolutos y que el contexto donde se desarrolla el proceso de vacunación determina el impacto mayor de uno sobre otro.

Primero, es de mencionar que México ha presentado obstáculos en el sistema de salud y las políticas derivadas de él, como el desabasto de medicamentos e insumos, la desigualdad social, el deficiente rendimiento administrativo, presupuestal y de organización de los recursos humanos; todo esto llevó a la saturación de los hospitales y la desatención a grupos vulnerables (Ordoñez y Basurto, 2023).

Entonces, abordaremos las barreras enfrentadas por el sistema mexicano, pero no exclusivos de nuestro país, para establecer y procurar una política de vacunación a nivel poblacional. Todo esto bajo el entendido que estos “retos” son el reflejo de un sistema de salud saturado cuya cobertura no es suficiente para la población atendida y que, algunos de los mencionados todavía siguen siendo una barrera presente (Senado de la República, 2019).

Para su representación más clara, se han dividido las barreras en aquellas de accesibilidad, de efectividad de la vacuna y de creencias en torno a la vacunación, mismas que se desglosan a continuación, pero tomando en cuenta que en la práctica estas

barreras se presentan de manera simultánea y su impacto en la política de vacunación también depende del contexto.

Accesibilidad

Uno de los retos más representativos fue la obtención de las dosis necesarias para alcanzar el nivel de vacunación efectiva de inmunidad de rebaño. A nivel internacional, la OMS, con la experiencia de la vacuna contra la influenza en 2010, realizó esfuerzos para establecer lineamientos para regular una distribución equitativa de las vacunas entre sus países miembros. El objetivo general de esta iniciativa fue fijado en 2020 y era “erradicar la pandemia para fines del año 2021”; ahora podemos decir que esto no se logró (Wouters *et al.*, 2021).

A nivel mundial, se reconoce que existió un flujo de la vacuna de COVID de manera desigual entre países. Esto delimitó algo que ha sido mencionado como las fases de la vacunación por la COVID-19, a saber (Bongers *et al.*, 2022):

1. La primera fase caracterizada por un bajo suministro de vacunas y una alta demanda de la población para vacunarse
2. La segunda, donde la alta demanda de la vacuna se niveló con un elevado suministro de ésta.
3. Y, por último, una tercera fase definida por una alta producción de la vacuna, pero una demanda poblacional baja.

Una de las barreras encontradas para la vacunación es el valor monetario de la misma: se ha reportado que en países como Sudáfrica y Uganda el precio bruto por dosis era de 5 dólares, mientras que los países de la Unión Europea accedían a ella por alrededor de 3.5 dólares por dosis. Lo anterior muestra que existen desigualdades para acceder a la vacunación y, aunque existe una comisión de la ONU para regular el surtimiento de vacunas, las políticas aún presentan puntos débiles que deben de ser reforzados (Forman *et al.*, 2021).

Otra limitante importante fue la accesibilidad a la vacunación, entendiendo ésta como la oportunidad para poder recibir una dosis en una zona determinada. Por una parte, tenemos el reto de zonas con difícil acceso para transportar la vacuna y, por otra, asegurar que la red de frío conservará su efectividad en trayectos largos y con recursos tecnológicos limitados.

También es de mencionar que en ciertas comunidades la implementación del programa puede estar circunscrita dentro de un contexto de conflictos armados en las regiones que no permitan el acceso al personal de salud y el suministro de vacunas (Yarlagadda *et al.*, 2022).

Efectividad

Otra de las problemáticas enfrentadas en esta pandemia fue el surgimiento de las variantes a nivel molecular del virus. La gran distribución del virus le permitió transformarse en diferentes entornos y generar cepas más efectivas para la transmisión del virus y, aunque no es la intención del texto ahondar en las características moleculares de las mutaciones, cabe señalar que muchas de estas variantes no son suficientes para evadir la inmunidad generada por las vacunas (Mohamed *et al.*, 2022).

Bajo la premisa de disminuir las mutaciones, el grupo de niños y personas inmunosuprimidas se convierten en grupos prioritarios para la vacunación, entre otras razones debido a que se observó una persistencia del virus que aumenta la permanencia en el huésped y aumenta la probabilidad de desarrollo de mutaciones en ese periodo (Mohamed *et al.*, 2022).

Creencias

A pesar de los avances en vacunación, el esparcimiento de información errónea que inspira desconfianza en la población ha contribuido al rechazo de la vacunación. La ambivalencia desarrollada en torno a la voluntad de vacunarse en la población fue igual de prevalente que la pandemia misma (Mohamed *et al.*, 2022). Esto también alimentado por teorías de conspiración sin

fundamento científico, una desinformación en redes sociales y el crecimiento en los últimos años del movimiento antivacunas (Forman *et al*, 2021).

Los resultados de diferentes estudios han encontrado que entre las razones para el rechazo de la vacunación son creencias relacionadas con la seguridad de la vacuna, información errónea sobre la vacuna, la politización del tema, la desconfianza del desarrollo de las vacunas en un periodo tan corto, la desconfianza hacia la comunidad científica y el miedo a desarrollar efectos secundarios (Mohamed *et al.*, 2022).

En suma, las barreras aquí representadas reflejan un contexto multifactorial caracterizado por un país con múltiples aristas, donde la ubicación geográfica de ciertas comunidades dificulta la distribución de la vacunación pero que, al mismo tiempo, también existen retos a nivel educativo para mejorar la confianza en el proceso de vacunación; y que todo lo anterior debe estar respaldado por un suministro suficiente no sólo de dosis de vacuna, sino también de recursos humanos y materiales para concretar los objetivos de la política de vacunación contra la COVID-19.

Conclusión

La vacunación contra la COVID-19 va más allá de la simple protección individual. Forma parte de un componente crítico para asegurar un futuro más saludable, unido y próspero. A medida que se trabaja en la inmunidad universal y se promueva la aceptación de las distintas vacunas, también se debe cultivar una población más consciente de su salud, en mejores condiciones físicas y emocionales y que es capaz de enfrentar los retos del presente y futuro. El bienestar de la sociedad, en su totalidad, depende de la salud de cada uno de sus miembros, siendo la vacuna una herramienta esencial para lograrlo.

Referencias bibliográficas

- BERNAL, R. y Peña, X. (2011). *Guía práctica para la evaluación de impacto*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Economía.
- BONGERS, A., Riggall, G., Kokareva, L. y Chin, B. (2022). “Managing the challenges associated with decreasing demand for COVID-19 vaccination in Central and West Asia”, *BMJ Global Health* (7): e010066. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-010066
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2020). “Information for clinicians on investigational therapeutics for patients with COVID-19” [en línea], 25 de abril. Recuperado de <<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/87217>>
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN [Coneval] (s.f.). “Guion del análisis de factibilidad para llevar a cabo una evaluación de impacto” [en línea]. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/EVALUACIONES_PROGRAMAS_POLITICAS_DS/Evaluaciones%20de%20Impacto/guion_analisis_de_factibilidad.pdf>
- CORTÉS ALCALÁ, R., Gómez Torres, R. y Alba Ricaño, X. (2022). *Política nacional rectora de vacunación contra el virus SARS-COV-2 para la prevención de la COVID-19*. México: Gobierno de México.
- DÍAZ CASTRILLÓN, F. J. y Toro Montoya, A. I. (2020). “SARS-COV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia”, *Medicina & Laboratorio* (24): 183-205.
- DÍAZ PINZÓN, J. E. (2021). “Impacto del suministro de vacunas contra COVID-19 sobre la letalidad por SARS-COV-2 en Colombia”, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 30 (1): 46-50. DOI: <https://doi.org/10.31260/Repert-MedCir.01217372.1237>
- FORMAN, R., Shah, S., Jeurissen, P., Jit, M. y Mossialos, E. (2021). “COVID-19 vaccine challenges: What have we learned so far and what remains to be done?”, *Health Policy*, 125 (5): 553-567. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.03.013
- GOBIERNO DE MÉXICO (25 de 06 de 2023). *COVID-19 México*. Recuperado de <<https://datos.covid-19.conacyt.mx/#Doview>>
- GUAN, W.-J., Ni, Z.-Y., Hu, Y. *et al.* (2020). “Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China”, *The New England Journal of Medicine*, 382 (18): 1708-1720. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
- GUO, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., Tan, Y. Y., Chen, S. D., Jin, H. J., Tan, K. S., Wang, D. Y. y Yan, Y. (2020). “The origin, transmission and clinical therapies

- on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. An update on the status”, *Military Medical Research*, 7 (11). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
- LECHIEN, J., Chiesa-Estomba, C. M., De Siati, D. R. *et al.* (2020). “Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study”, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277 (8): 2251-2261. DOI: 10.1007/s00405-020-05965-1
- MOHAMED, K., Rzymiski, P., Islam, M. S. *et al.* (2022). “COVID-19 vaccinations: The unknowns, challenges, and hopes”, *Journal of Medical Virology*, 94 (4): 1336-1349. DOI: 10.1002/jmv.27487
- ORDÓÑEZ GONZÁLEZ, I. y Basurto, M. A. (2023). “La atención primaria a la salud durante la pandemia COVID-19 en México”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61 (4): 509-515. DOI: 10.5281/zenodo.8200527
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington, D.C. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275322642>
- PALAZZI SÁFADI, M. A. (2023). “The importance of immunization as a public health instrument”, *Jornal de Pediatria*, 99 (1): S1-S3. DOI: 10.1016/j.jped.2022.12.003
- SANDOVAL DE ESCURDIA, J. M., y Richard Muñoz, M. P. (2003). *Los indicadores en la evaluación del impacto de programas*. México: Servicio de Investigación y Análisis, División de Política Social.
- SCHUCHAT, A. (2011). “Human vaccines and their importance to public health”, *Procedia in Vaccinology*, 5: 120-126. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.provac.2011.10.008>
- SENADO DE LA REPÚBLICA (2019). “Retos actuales de la salud pública: firma del convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Belisario Domínguez” [en línea]. Recuperado de <<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4537>>
- SOUZA MACHADO, B. A., Saraiva Hodel, K. V., Moraes dos Santos Fonseca, L. *et al.* (2022). “The importance of vaccination in the context of the COVID-19 pandemic: a brief update regarding the use of vaccines”, *Vaccines*, 10 (4): 591. DOI: 10.3390/vaccines10040591

- WANG, D., Hu, B., Hu, C. *et al.* (2020). “Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China”, *JAMA*, 323 (11): 1061-1069. DOI: 10.1001/jama.2020.1585
- WOUTERS, O. J., Shadlen, K. C., Salcher-Konrad, M., Pollard, A., Larson, H., Teerawattananon, Y. y Jit, M. (2021). “Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment”, *Health Policy* (397): 1023-1034. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00306-8
- YANG, F., Nguyen-Anh Tran, T., Emily, H., Boni, M. F. y Servadio, J. L. (2023). “Benefits of near-universal vaccination and treatment access to manage COVID-19 burden in the United States!”, *BMC Medicine*, 321. DOI: 10.1101/2023.02.08.23285658
- YARLAGADDA, H., Patel, M., Gupta, V., Bansal, T., Upadhyay, S., Shaheen, N. y Jain, R. (2022). “COVID-19 vaccine challenges in developing and developed countries”, *Cureus*, 14 (4): 1-7. DOI: 10.7759/cureus.23951

Segunda Parte
Salud mental y el bienestar.
Experiencias y aplicaciones

Tres abordajes de intervención preventiva como herramientas en la salud mental pública

Hugo Leonardo Gómez Hernández

La prevención en salud mental pública

Cada vez que se aborda el tema de salud mental, muchos son los puntos de vista y “expertos” que tratan de aportar a la discusión. Uno de los principales desafíos no es la discusión *per se*, sino precisamente la cantidad de información que surge al respecto, más allá de la información sin sustento científico o empírico.

La salud mental ha sido objeto de aproximaciones y acercamientos que han tratado de abordar el tema a veces de manera muy específica y en otras tan general que no permite entender sus límites o identificar de manera precisa su intervención. Sin embargo, se puede entonces partir de la definición clásica de salud mental que presenta la Organización Mundial de la Salud, a saber: “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (OMS, 2022).

Una vez definida el área que se va a abordar, el verdadero reto implica “conectarla” con los diversos contextos y problemas que pueden vulnerarla y ponerla en riesgo. Los elementos que pueden interferir en la salud mental son tan numerosos como la propia experiencia humana; la complejidad de ésta permite por un lado que las intervenciones sean variadas, pero al mismo tiempo esa característica la pone en riesgo.

Las preocupaciones en materia de salud mental suelen pensarse como cuestiones que se atienden y se viven en lo particular, como si fuera un asunto de cada persona, en lo individual, y que

por lo tanto deben intervenirse persona a persona. Sin embargo, la salud mental se ha convertido en un tema de salud pública dada la relevancia y el impacto que tiene en la salud de la población.

Así lo han reportado diversos informes epidemiológicos de la OMS (WHO, 2001), en donde se señala la carga a nivel global que tienen los trastornos mentales en la salud de las personas. Pero esta información sólo es la punta del iceberg, ya que, como se verá las cifras, sobre todo en países en vías de desarrollo como México, existen grandes deficiencias a pesar de las complejas situaciones por las que se atraviesa.

México ha tenido un camino difícil para poder abordar los temas desde la promoción y la prevención –tal es el caso del síndrome metabólico sobre el cual actualmente las campañas de prevención parecen tener poco impacto, pues el problema no surgió en la última década, sino mucho antes. Podríamos incluso pensar que el camino es cuesta arriba al abordar temas relacionados con la salud mental.

Por un lado, las estadísticas disponibles para poder acercarnos a un panorama general sobre la salud mental son escasas (Medina Mora *et al.*, 2007) y se han limitado a los trastornos mentales. Con respecto a los factores de riesgo, en general, se han hecho aproximaciones cuando los síntomas se relacionan con enfermedades médicas, como las autolesiones, la ideación suicida, los problemas de la conducta alimentaria la ansiedad o la depresión (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012-2022).

Cuando se aborda el trabajo en una comunidad se pueden tomar en cuenta todas las voces involucradas, tanto aquellas que requieren de alguna atención como de aquellas responsables, identificadas como actores dentro de la propia población.

Parte de la propia responsabilidad y recursos de la comunidad permite que las intervenciones propuestas sean sustentables a largo plazo y que sean elementos de la transformación. La prevención se construye, entonces, a partir de la interacción de los

diversos participantes, los recursos propios y externos de la comunidad (Martínez, 2023).

Como elemento inicial de las primeras aproximaciones, la prevención surge de una necesidad y del interés tanto de las comunidades como de los equipos de salud. Los esfuerzos de los equipos de salud suelen enfocarse en la atención o incluso en los cuidados paliativos.

Por un lado, identificar no es un esfuerzo único, sino que requiere de varios pasos y forma parte de un proceso que implica diversas estrategias relativas a los temas convenientes a la salud de la población. Explorar las necesidades no solamente parece ser el paso lógico para intervención, son que brinda, además, la oportunidad de crear un vínculo con la comunidad de manera que el trabajo posterior sea más productivo y al mismo tiempo la involucre a ella misma en su desarrollo, de manera que el trabajo posterior sea más productivo y al mismo tiempo ponga al centro del trabajo central y posterior.

Las diversas estrategias obedecen a un contexto específico; no se pretende señalar que una estrategia sea mejor que otra o que deba elegirse siempre una. La decisión de utilizar uno u otro camino responde de igual manera a una necesidad tanto del tema que se va a abordar como de la comunidad y del equipo de trabajo.

Se revisarán tres propuestas sobre todo por su valor en el contexto de la salud mental a nivel comunitario y de sus enfoques sistémicos integrales. Estas estrategias permiten intervenir desde una perspectiva clara y sistemática los temas de salud desde y para la comunidad.

La elección de una u otra permite flexibilizar, al mismo tiempo que hay un marco referencial para la acción. Los diversos aspectos de la interacción entre los equipos de salud y la comunidad son la clave para construir las estrategias de bienestar y sustentabilidad.

Cada contexto permite conocer aquellos temas que se abordarán y, sobre todo, cómo vislumbrar las metas que se busca

conseguir, tanto en lo correspondiente al equipo de salud como a la comunidad intervenida (Martínez, 2023).

Existe un número nutrido de estrategias de prevención y de modelos que permiten estructurar paso a paso los diversos sucesos de un proceso, cuyo objetivo obedece a circunstancias únicas y propias: por un lado, el tema de la salud mental que se pretende prevenir y, de manera recursiva, la comunidad, la sociedad y el contexto sociohistórico, incluyendo aspectos económicos y políticos.

Identificación de los problemas en salud mental pública

El abordaje de la identificación de personas en riesgo y con presencia de sintomatología requiere, por un lado, de instrumentos que sean lo suficientemente útiles para realizar un tamizaje adecuado que permita comenzar con los esfuerzos ulteriores, por lo que el primer esfuerzo consiste en el diseño y desarrollo de esas herramientas.

Se suele recomendar que dichos instrumentos posean propiedades psicométricas como validez y confiabilidad, es decir, que midan aquello que dicen medir (validez) y que puedan realizar dicha solicitud a lo largo del tiempo (confiabilidad); lo que lleva a, por un lado, importar instrumentos que han sido exitosos en otros países y realizar una estandarización adecuada, o bien, por otro lado, desarrollar desde cero el instrumento basado en las necesidades y características de la población objetivo.

Ambos escenarios son necesarios y útiles, el problema puede residir en el desconocimiento de dichos materiales y, por ende, su aplicación, es decir, el problema no radica en desarrollar o adaptar los instrumentos, sino en la aplicación y utilización de éstos.

La importancia de la identificación no radica únicamente en el papel de diferenciar o tamizar casos en riesgo, además es el primer paso, la forma de iniciar las acciones preventivas dentro de la comunidad, permite a los interventores, facilitadores o

investigadores actuar de manera más precisa y enfocada en las situaciones y problemáticas.

Por lo que la evaluación de los contextos es fundamental y, aunque esta afirmación pudiera ser suficiente para entender y movilizar a los equipos de salud, abre un debate y una serie de alternativas que se desprenden de caracterizar a la comunidad.

Por un lado, los equipos en salud suelen enfocarse en los riesgos presentes, es decir, se enfocan en la identificación de los factores con potencial de daño para el tema que están interviniendo; otros se encauzan a la maximización de esas fuerzas que promueven la protección. La tercera vía consiste en conocer cómo ambas fuerzas –factores de protección y de riesgo– interactúan con la situación, al tiempo que se identifican los recursos ya existentes en la propia comunidad, de manera que si se tiene conciencia de los procesos que subyacen a estas interacciones será más productivo el abordaje en el escenario.

Los diagnósticos, caracterizaciones y tamizajes pueden incluir a la mayor cantidad de personas dentro de la comunidad; las variables y los niveles en los que esto se lleva a cabo no solamente debe quedarse en lo cuantitativo, sino también abarcar lo dimensional o cualitativo, ya que las situaciones de riesgo son complejas y acceder a la información no necesariamente se puede mediante cuestionarios o encuestas; por su particularidad o bien, por los propios medios de recolección dentro del escenario.

Prevención en la salud mental pública

La prevención como parte de la intervención parte del conocimiento y experiencias previas; en el ámbito de la salud mental implica los trabajos dirigidos a minimizar los factores de riesgo y maximizar las fuerzas que propician la adaptación y el bienestar.

La relación que existe entre los factores protectores y de riesgo, su estudio y comprensión permiten entender los derroteros por los cuales las acciones cobrarán sentido y, sobre todo, su impacto en las personas y su situación. Sin embargo, surge

la inquietud de en qué momento o cuáles son los límites de la prevención, hasta qué punto puede ser útil o cuándo se puede utilizar otra estrategia.

Se suele señalar que la prevención tiene diversos niveles. Varios autores identifican tres niveles de prevención, y si bien los nombran de diferentes maneras, se refieren a lo mismo (Fowler *et al.*, 1999).

Partiendo de lo asentado en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986), las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida. Por su parte, la prevención de los trastornos mentales y otros problemas asociados a la salud mental se basa en los principios de salud pública.

Esta convergencia es precisamente el punto de inflexión para desarrollar las estrategias de prevención en salud mental, por lo que se hablará de los niveles de prevención propuestos por Haggerty y Mrazek (1994), quienes para poder entender el nivel de profundidad y las acciones que se pueden lograr categorizan la prevención en tres niveles: prevención universal, selectiva e indicada.

En primer lugar, encontramos la *prevención primaria o universal*, la cual implica el abordaje de los factores de protección y de riesgo, sin que medie necesariamente un tamizaje de los casos, aunque se identifican otros aspectos, como cierta población en riesgo (jóvenes, adultos mayores, personas institucionalizadas, etc.). Su objetivo principal es comunicar y capacitar a la población las acciones que aumentan los riesgos de su entorno.

Posteriormente encontramos la *prevención secundaria o selectiva*, cuya característica principal es que se hace una identificación de los riesgos en la población objetivo, es decir, la identificación se realiza de manera específica en torno a una situación de riesgo y protección, con el fin de caracterizar e intervenir de manera específica. Recibe su nombre precisa-

mente porque *selecciona* los casos con los que se abordarán los esfuerzos, con el fin de aminorarlos y que no aumente el riesgo.

En el tercer nivel encontramos la prevención terciaria o indicada, la cual implica el trabajo con la población que tiene una condición identificada y cuyo fin es abordar la problemática para una rehabilitación o mejoramiento de las condiciones de la población.

Por su parte la OMS (2022) señala acciones específicas que pueden realizar los gobiernos; en el nuevo informe de políticas se recomiendan cinco enfoques importantes para que los gobiernos aborden los efectos del cambio climático en la salud mental:

1. Integrar las consideraciones climáticas en los programas de salud mental;
2. Integrar el apoyo a la salud mental con la acción climática;
3. Basarse en compromisos mundiales;
4. Elaborar enfoques basados en la comunidad para reducir las vulnerabilidades y
5. Reducir el importante déficit de financiación que existe para el apoyo a la salud mental y psicosocial.

Se puede notar que la prevención en la salud mental no implica únicamente tratar temas de trastornos –a pesar de que ése ha sido un estandarte– sino también un amplio rango de situaciones, poblaciones y contextos que se implementan en estrategias integradoras de métodos, disciplinas, marcos conceptuales y niveles de abordaje que den respuesta a la complejidad de lo que hemos tratado de llamar salud mental y su relación con la salud global.

Metodologías comunitarias

Como se mencionó, el objetivo del presente capítulo no es realizar una exhaustiva revisión de todos los modelos que se han generado en los últimos 50 años sobre el trabajo de prevención en la comunidad en temas de salud. Cada modelo presentado a continuación contiene diversos elementos (variables o procesos) para explicar, predecir y controlar las acciones relacionadas en la intervención (Conner y Norman, 2005); sobre todo porque cada modelo pone el foco en distintas dimensiones ya sean sociales, cognitivas o comportamentales, si bien el enfoque de éstas no deja de ser comunitario, lo que implica que se busca abarcar el mayor número de variables intervinientes y, desde luego, involucrando a los propios participantes de manera activa (García, Owen y Flores, 2005).

Método Precede-Procede

Un ejemplo de aproximación ha sido el modelo Precede-Procede, el cual consta de nueve fases: evaluación social, evaluación epidemiológica, evaluación conductual y contextual, evaluación educacional y ecológica, evaluación administrativa y de política pública, implementación, evaluación del proceso, evaluación del impacto y evaluación del resultado.

La fase 1 de este modelo, evaluación social, busca definir la calidad de vida de manera subjetiva (problemas y prioridades) de quienes van a participar en la intervención. Algunos indicadores pueden incluir crimen, alienación, discriminación, felicidad, autoestima, desempleo, acceso a servicios públicos, etcétera (McKenzie, Neiger y Thackeray, 2001).

La fase 2, evaluación epidemiológica, se utiliza para identificar y jerarquizar metas o problemas en salud y van desde lo individual a lo comunitario (Green y Kreuter, 1999).

La fase 3, evaluación conductual y ambiental, se enfoca principalmente en los factores de riesgo en estas dos áreas; los

indicadores se pueden expresar en términos de frecuencia, persistencia, disponibilidad, cualidad y rango. Como se observa, los niveles van del individual al comunitario.

La fase 4, evaluación educativa y ecológica, busca identificar al tiempo que clasificar la gran cantidad de variables envueltas en él. Las variables se pueden clasificar en factores predisponentes, factores habilitadores y factores reforzadores.

La fase 5, evaluación administrativa y política, identifica los recursos institucionales disponibles en el contexto y tema analizado.

Las siguientes fases implican la implementación y evaluación de la propia estrategia y su impacto, por lo que el proceso está alineado desde las evaluaciones iniciales, hasta las que ocurren como parte de la segunda parte de la intervención.

El objetivo de este modelo es empezar a identificar el resultado esperado al determinar las causas para entonces diseñar una intervención. En este modelo los pasos son lo más importante; no es que alguno se considere superior a otro, por el contrario, se le da a cada uno la importancia necesaria para implementar la estrategia.

Como en la mayoría de los modelos se inicia con la identificación y ésta es bastante extensa; comienza con los riesgos en un sentido individual (evaluación conductual y de riesgos) y el contexto, tanto el inmediato (ambiente, contexto relacional) como el extenso (evaluación de la educación, la política pública). La ardua tarea de evaluar permite que este modelo pueda desarrollar lo que se conoce como un diagnóstico comunitario, en el contexto de la salud mental; podemos tener un panorama concreto de cuáles son los alcances de una intervención determinada (McKenzie, Neiger y Thackeray, 2001).

Método MATCH

Otro modelo que permite una aproximación eficaz a la salud –y en específico a la salud mental– es el modelo MATCH (acró-

nimo de Multilevel Approach to Community Health), el cual pretende aterrizar los esfuerzos dentro de la comunidad; está compuesto de cinco fases: Selección de Objetivos en Salud, Planeación de la Intervención, Desarrollo, Implementación y Evaluación (Simons *et al.*, 1988).

La primera fase, como se menciona, involucra la selección de objetivos en salud, lo cual es solamente posible si se identifican los problemas y objetivos en conjunto con la comunidad, se identifican los objetivos gubernamentales, al igual que de los líderes comunitarios, con estos actores se priorizan aquellas situaciones, poblaciones y acciones “objetivo”, que serán con las que se implementaran las estrategias, todo basado en la misma comunidad. Únicamente después de este paso es cuando se pondrán en la siguiente fase de planeación de la intervención (McKenzie, Neiger y Thackeray, 2001).

Para la segunda fase, planeación de la intervención, los equipos de salud buscan empatar los objetivos de la intervención con las acciones y poblaciones de la intervención (Simons *et al.*, 1988), esto significa que se deben identificar las poblaciones objetivo, es decir, quiénes son a nivel individual, interpersonal, social o gubernamental.

La tercera fase, desarrollo del programa, inicia con la creación de las unidades del programa y sus componentes, además de la selección y desarrollo de las guías de intervención, que implican las sesiones, los materiales, productos y recursos necesarios para el programa.

La cuarta fase, preparaciones de implementación, facilita la adopción, implementación y mantenimiento del programa, y la quinta y última fase se refiere a la evaluación, en la cual se llevan a cabo los procesos evaluativos, medición del impacto y monitoreo de resultados (Simons *et al.*, 1988).

Los ámbitos donde este modelo toma relevancia tienen que ver con detectar problemas de salud, mediante equipos multidisciplinarios; los problemas de la salud mental tienen la

posibilidad de involucrar a equipos de diversas áreas donde la evaluación sea lo más amplia posible y por lo tanto la intervención, específicamente la prevención.

Esta aproximación se ha utilizado en contextos de salud pública, como en la comorbilidad de enfermedades crónicas dentro de una población municipal (Lagos y Muñoz, 2016). En el aspecto de la salud mental, este método permite realizar evaluaciones y tamizajes que identifiquen las problemáticas de la población; por ejemplo, lo utilizaron para conocer el uso de sustancias en adolescentes y la información recolectada permitió realizar prevención desde instancias gubernamentales (Muñoz *et al.*, 2023).

Como se observa, la implementación del programa MATCH implica fases sistematizadas para poder crear un diagnóstico, implementar y evaluar, desde las necesidades de la comunidad y hacer el “match” con las necesidades de los equipos, sobre todo cuando son gubernamentales, lo cual muchas veces parece difícil de empatar, ya que en ocasiones las políticas públicas fallan en asentarse en escenarios con problemas específicos.

La alternativa de la investigación acción participativa

Surgida directamente de la tradición psicológica encontramos la *investigación acción participativa* (IAP) y, aunque se ha asociado únicamente como estrategia de investigación, parte de su gran aporte surge de la identificación de las problemáticas –en específico de salud mental, en nuestro caso–, directamente con la propia comunidad, con sus líderes y con las personas involucradas, con autoridades y organizaciones, además de una herramienta que es la esencia de este modelo: el reforzamiento; el cual no solamente implica que las personas desarrollan y utilizan sus recursos, sino que también promueven y mantienen las estrategias que se desarrollan durante la investigación.

El abordaje a la comunidad es un método de intervención muy utilizado en las ciencias sociales, el cual se sustenta en

procesos, el uso de técnicas y metodologías que conllevan a la instrumentación de una serie de acciones que se organizan y se planifican en primera instancia y se ejecutan para detectar las necesidades que padecen los miembros de la comunidad.

Las fases propuestas por Montero (2006) para la investigación acción participativa pueden dividirse en cinco fases o etapas.

La primera etapa se denomina de pre-investigación: síntomas, demanda y elaboración del proyecto, en la cual se detectan los síntomas y se realiza una demanda, es decir, la misma comunidad busca establecer a través de jerarquizar problemas; ésta puede ser desde alguna institución también, lo cual permitirá aterrizar la intervención. Al mismo tiempo, se plantea la investigación de acuerdo con la demanda del proyecto.

En la segunda etapa, diagnóstico, se busca conocer de manera contextual el territorio y el acercamiento a partir de la información que existe, además de información recabada por el propio equipo de investigación; en esta fase se identifican pasos como: recogida de información, constitución de la comisión de seguimiento, la constitución del grupo de IAP, la introducción de elementos analizadores, el inicio del trabajo de campo y, de ser posible, la entrega y discusión del primer informe.

La siguiente etapa, programación, se refiere al proceso de apertura a todos los conocimientos y puntos de vista que existen, mediante métodos cualitativos y participativos; en esta fase los elementos son: el trabajo de campo, análisis de textos y discursos la entrega del segundo informe y finalmente la realización de talleres.

En la penúltima etapa, conclusiones y propuestas, se llevan a cabo las negociaciones y elaboración de propuestas concretas; tal cual en esta fase se construye el programa completo de IAP y se entrega el informe final.

La última fase implica la evaluación del programa final y la identificación de nuevos problemas dentro de la propia comu-

nidad, para saber a cuáles se les puede dar continuidad dentro de este plan o del otro.

Por ende, el trabajo que se realiza en paralelo es, por un lado, la investigación –entendida como recolección y análisis de la información– y, por otro, la intervención; pero no solamente es el ahorro de tiempo, de igual manera se reflexiona con la comunidad la información y la construcción y la priorización del problema, que básicamente es la identificación de la situación complicada, para poder intervenir, pero esa intervención será diseñada e implementada de manera conjunta, entre el equipo externo y la comunidad (Montero, 2006).

El amplio trabajo de la IAP en relación con la salud mental y otros aspectos psicológicos, tanto en México como en Latinoamérica, se debe a la influencia de autores como Maritza Montero, Fals-Borda o Martín Baró en el trabajo comunitario, dentro de las comunidades y con los esfuerzos dirigidos hacia ellas.

En contextos actuales y en México, existen los esfuerzos realizados en la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, con diversos programas, como el “Laboratorio de Bienestar Psicosocial y Salud,” de la Dra. Marisol Pérez Ramos, cuyo trabajo se extendió por ocho años en una comunidad de Ixtapaluca, Estado de México, basado en la escuela pero que impactó en las dinámicas familiares, dentro de los propios hogares; el valor justo reside en investigar e intervenir al mismo tiempo (Pérez, 2020).

Las propuestas de trabajo presentadas anteriormente no son las únicas y tampoco son las “mejores”. Sin embargo, se han presentado para poder dar un panorama general sobre la diversidad de los modelos de abordaje comunitario. En la tabla 1 se presenta un comparativo de las fases en cada uno de estos modelos:

Tabla 1. Comparación de las fases
de las diferentes estrategias de prevención en salud

Estrategias de prevención en salud		
Precede-Procede	MATCH	Investigación acción participativa
Fase 1 Evaluación social	Fase 1 Selección de metas	Etapas de pre-investigación síntomas, demanda y elaboración del proyecto
Fase 2 Evaluación epidemio- lógica	Fase 2 Planeación de la in- tervención	Primera etapa. Diagnóstico
Fase 3 Evaluación conductual y del ambiente	Fase 3 Desarrollo del pro- grama	Segunda etapa. Programación
Fase 4 Evaluación educacional y ecológica	Fase 4 Preparación de la implementación	Tercera etapa. Conclusiones y propuestas
Fase 5 Evaluación administrativa y de política	Fase 5 Evaluación	Etapas post-investiga- ción: Puesta en práctica del PAI y evaluación. Nuevos síntomas
Fase 6 Implementación		
Fase 7 Proceso de evaluación		
Fase 8 Evaluación del impacto		
Fase 9 Evaluación del resultado		

Fuente: elaboración propia.

El reto dentro de la salud mental pública

Si bien la salud ha sido un tema fundamental en Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud (ops) ha hecho esfuerzos en temas de salud, ya que la mayoría de los países de la región están en vías de desarrollo y las enfermedades transmisibles aún tienen presencia; la tendencia de la región es que las enfermedades no transmisibles son las que ahora representan el reto de ser atendidas, pero como lo hemos señalado, es relevante darle cabida a la prevención y es en ese ámbito en el que aún hay un largo camino por recorrer, pero al mismo tiempo oportunidades que tomar y estrategias que probar.

México y los avances en la identificación y prevención en salud mental pública

Uno de los principales desafíos en México a lo largo de estas estrategias viene desde la identificación de los problemas de salud mental. No existen aún herramientas específicas que señalen un panorama general de la problemática al respecto; los esfuerzos son fragmentados y algunos vienen de las propias instituciones públicas. En 2007 se llevó a cabo un esfuerzo por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), para realizar una encuesta epidemiológica, sin embargo, sólo ocurrió en ese momento y no se ha replicado a la fecha (Medina *et al.*, 2007).

En el ámbito de las adicciones, desde 1998 y hasta 2016, el mismo INPRF desarrollo la que primero llamó Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) y que en 2016 cambió su nombre a Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), que durante sus aplicaciones permitió conocer la situación del consumo de la población, se rastreó el aumento en el consumo de ciertas sustancias y el descenso en otras, además que se utilizó para desarrollar estrategias de prevención en las escuelas.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Pública realiza de manera periódica su Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

(ENSANUT), que es una propuesta que busca tener un diagnóstico de salud general en la población mexicana. Si bien el apartado relacionado con la salud mental ha ido creciendo en las últimas versiones, sigue teniendo áreas de oportunidad, pero es importante señalar que tampoco es ideal que se amplíe más la sección de salud mental, dado que la encuesta por su naturaleza ya es muy extensa, lo ideal sería retomar esta experiencia para generar una encuesta específica, en cuanto a temas y población objetivo.

Con respecto a temas de violencia, los esfuerzos se han realizado desde el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), con diversas encuestas nacionales, como la Encuesta de Dinámicas de Violencia en los Hogares (ENDIREH), la Encuesta de Violencia contra las Mujeres (ENVIM) y la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE), que han facilitado a diversas instituciones gubernamentales, educativas y de la sociedad civil desarrollar estrategias de prevención de la violencia y de sus efectos en la salud mental.

En el terreno de las estrategias de prevención los esfuerzos han sido poco identificables, más allá de campañas de comunicación social en medios de comunicación masiva y algunos esfuerzos del entonces Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic), las políticas públicas siguen estando encaminadas a la atención.

De acuerdo con la ENSANUT 2022, la ansiedad (7%) y la depresión (4%) son los dominios más afectados entre el grupo de mexicanos de 5 a 17 años. Los intentos de suicidio aumentaron 600% entre la encuesta de 2006 y la actual, pasando de 1.1% a 5.3% entre los adolescentes mexicanos.

En adultos también hubo un aumento en los intentos de suicidio, al pasar de 2.1% en 2002 a 3.5% en 2022. Por ello, los esfuerzos se han concentrado en tamizar elementos de ansiedad y depresión en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lo cual permite identificar casos, pero como se ha señalado, la prevención se ha visto limitada.

Con respecto a la violencia, las estrategias no han tenido cabida en el ámbito de la salud, sino que se han encaminado a la seguridad pública y la persecución de criminales o violentadores. Algunos esfuerzos se realizan contra la violencia de género, pero son sobre todo desde instituciones educativas.

La primera tarea que como profesionales de la salud mental se encuentran al trabajar en comunidad implica el diseño de la estrategia que se llevará a cabo, la identificación y la prevención. No basta con buenas herramientas, saber utilizarlas es fundamental para el éxito de la prevención.

Si bien la información a nivel nacional o regional sigue teniendo huecos o faltas de actualización, esto no significa que los esfuerzos sean poco valiosos, por el contrario, cada vez que se realizan trabajos se aporta evidencia de la necesidad de identificar y prevenir sobre los diversos riesgos de la salud mental, al mismo tiempo que se ofrecen nuevas formas y estrategias de promover los factores protectores.

Las diversas modalidades de la prevención en salud mental permiten que se pueda actuar de forma eficaz, pero en ocasiones los equipos institucionales, organizacionales o comunitarios buscan repetir las estrategias a pesar de la diversidad de problemas, o bien las reproducen de manera poco clara y se convierten en un obstáculo en lugar de ser una manera de solucionar la situación de las personas en la comunidad.

Por otro lado, los modelos de prevención no son infalibles, por muy bien aplicados que estén; en ocasiones aspectos contextuales o coyunturales inciden en los resultados esperados, para lo cual se propone tener flexibilidad y al mismo tiempo mantener una metodología coherente.

La evaluación

Hasta este punto se ha señalado que los modelos propuestos incluyen un apartado de evaluación cuyo valor es múltiple, ya que parte permite al equipo de investigación reconocer fallas, iden-

tificar otras problemáticas que no se habían planteado, seguir la evolución de los participantes, así como medir el impacto del programa en las diversas poblaciones o niveles donde se ha intervenido.

El dilema sobre cuál es la mejor manera de realizar una evaluación implica la manera como se midieron las variables involucradas; de manera tradicional se pueden situar en métodos cualitativos y cuantitativos, es decir, decantarse por métodos cuya unidad de análisis son las palabras, los discursos, o bien, por aquellos cuya unidad de análisis es el número y para lo cual se requiere de mediciones que involucran diversos niveles.

Sin embargo, más allá de si es cualitativo o cuantitativo, es necesario tener en cuenta un diseño para evaluar, es decir, determinar los momentos en los cuales se realizará la toma de información o datos para someterla a un análisis y obtener ciertos resultados requiere de una planeación específica y desde luego necesaria para los fines de las diversas intervenciones.

En la tabla 2 se presentan los diversos diseños que permitirán establecer las mediciones cuando se realiza una estrategia en salud pública.

Tabla 2. Diversos tipos de diseños de evaluación

	Presencia de grupo de comparación	Momento de selección de grupo de comparación	Unidad de asignación	Tipo de asignación	Unidad de intervención	Unidad de medida	Número de medida
Diseño no experimental (reflexivo)							
Antes-Después (pre-post)	No	-----	-----	-----	Individuos o grupos	Individuos o grupos	Mínimo una antes y una después
Serie temporal	No	-----	-----	-----	Grupo	Grupo	Número necesario para controlar por tendencia y estacionalidad
Diseño cuasi-experimental							
Antes-después (pre-post)	Sí	Normalmente previo	Individuo o grupo	Conveniencia	Individuos o grupos	Individuos o grupos	Mínimo una antes y una después de la intervención
Ensayo comunitario	Sí	Previo	Grupos	Aleatoria	Individuos o grupos	Individuos o grupos	Mínimo una antes y una después de la intervención

(continuación)

	Presencia de grupo de comparación	Momento de selección de grupo de comparación	Unidad de asignación	Tipo de asignación	Unidad de intervención	Unidad de medida	Número de medida
Regresión discontinua	Sí	Previo	Individuo o grupo	Por un punto de corte establecido	Individuos o grupos	Individuos o grupos	Mínimo una antes y una después de la intervención
Serie temporal múltiple	Sí	Previo o posterior	Grupo	Conveniencia	Grupo	Grupo	Mínimo una antes y una después de la intervención
Diseño experimental							
Post	Sí	Previo	Individuo	Aleatoria	Individuo	Individuo	Mínimo una después de la intervención
Antes-Después (pre-post)	Sí	Previo	Individuo	Aleatoria	Individuo	Individuo	Mínimo una antes y una después de la intervención

Fuente: Zurita *et al.* (2018).

Consideraciones finales

La prevención sigue siendo la vía para la intervención y el mejoramiento de la salud y es específico la salud mental de las comunidades; mucho se ha hablado que es un elemento menos costoso –hablando en términos económicos–, pero al mismo tiempo es fundamental para evitar otro tipo de costos como la reducción de la calidad de vida, la baja productividad o incluso las defunciones.

Difícilmente existe un solo modelo o estrategia aplicable en el tema de prevenir aspectos de salud mental; de hecho, la gran variedad de métodos obedece a que los contextos, problemáticas y poblaciones son igual de variados, incluso cambiantes, y señalar o identificar a una sola metodología sería imprudente y limitativo, por lo que se insta a quienes forman parte de los equipos de investigación o bien actores comunitarios abordar la problemática desde una postura crítica, pero integrativa del panorama más general y al mismo tiempo particular de la problemática, es decir, entender las fuerzas más amplias, al tiempo que se integran los aspectos que caracterizan a la población y su situación.

Esto implica que prevenir no es algo sencillo, establece los esfuerzos primarios para evitar que la situación escale a situaciones que serían más complejas de intervenir, o bien que no puedan incluso intervenir.

Concientizar a tomadores de decisiones, equipos de salud, grupos de investigación y otros involucrados es parte de establecer las propias metas de las intervenciones; el impacto de éstas es recursivo y por ende lo hace con la población, para permearlo a aquellas personas que pudieran tener alguna incidencia en la vida de la comunidad.

Los beneficios de cada una de las estrategias obedecen no a una regla sino al conocimiento, aplicabilidad, contexto, problemática y recursos disponibles. Los aspectos transversales de las estrategias o bien los puntos de conjunción entre ellas nos

hablan de la congruencia que hemos alcanzado a visualizar al trabajar con la comunidad basándonos en métodos preventivos.

Uno de estos puntos transversales es centrarse en aspectos propios de la comunidad, es una de las guías primordiales, ya que el diagnóstico no es meramente un ejercicio académico o de investigación, identificar los elementos alrededor de la situación problemática guía de manera ordenada, sistemática y efectiva el trabajo.

Ya sea con herramientas cualitativas o cuantitativas, la recolección de información para conocer de manera más amplia la comunidad, debe ser responsable, la suficiente para alcanzar a ver los objetivos, no demasiada que se dificulte su procesamiento ni tan limitada que no logre ver los diversos aspectos que se han de intervenir.

Contar con esa medida justa es complicado cuando se plantea en el aspecto empírico, interactuar con los informantes y la información es entonces una acción recomendable para recolectar la información adecuada.

Otro de los elementos que se encuentran presentes en estas estrategias es la planeación de las acciones por tomar, todas consideran como punto fundamental la estructuración del acompañamiento que se realizará dentro de las siguientes estrategias.

Por lo que cada una de ellas será de vital importancia para poder integrar los elementos de las diversas metodologías, el punto de convergencia se encuentra en que los pasos que se darán forman parte de un objetivo más complejo, revisando los pasos previos y posteriores.

Finalmente, uno de los aspectos que cabe señalar como trascendente entre las estrategias es la evaluación de ésta; pareciera un paso obvio revisar los datos y la información presentada para reflexionar dentro del equipo y junto con los actores y la comunidad en general.

Esto, al igual que el primer punto, el diagnóstico, no es meramente un ejercicio que deba cumplirse para aspectos técnicos o metodológicos, sin embargo, la importancia recae en que cada

modelo de estrategia permita reencontrarse con la información de manera que se piense nuevamente sobre ella para utilizarlo como guía de prevención, o en general de intervenciones, así como para futuras investigaciones.

Los beneficios de la prevención como se expuso son variados y evidentes, sin embargo, no se puede pasar por alto que es primordial realizarla con una guía metodológica clara, delimitada por los objetivos de la comunidad y de los equipos de intervención, sensible y específica para la población y desde luego apegada a los más altos estándares éticos, buscando siempre el bien superior de los participantes.

Las estrategias de prevención suelen tener impacto en un mayor número de la población, pudiendo abarcar a personas que no han presentado algún problema de salud, hasta aquellas que, tal vez, por cuestiones individuales o sociales no han acudido a los servicios de salud y las estrategias de prevención se convierten en el primer acercamiento y una posible búsqueda de atención.

Ninguna estrategia, ya sean las que se presentan en este capítulo u otras, es en sí misma definitiva, por el contrario, la diversidad de estrategias obedece a la misma diversidad de los problemas de salud mental, las poblaciones y los contextos; mientras se pueda elegir el camino adecuado para cada situación, la prevención será más exitosa y por ende el alcance será más efectivo.

Referencias bibliográficas

- CONNER, M., y Norman, P. (2005). "Predicting health behaviour: a social cognition approach", en M. Conner y P. Norman (eds.), *Predicting Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models*. Berkshire: Open University Press, pp. 1-27.
- FOWLER, K., Celebuski, C., Edgar, T., Kroger, F. y Ratzan, S. (1999) "An assessment of health communication job market across multiple types of organization", *Journal of Health Communication* (4): 327-342.

- GARCÍA, J., Owen, E. y Flores Alarcón, L. (2005) “Aplicación del modelo Precede-Procede para el diseño de un programa de educación en salud”, *Psicología y Salud*, 15 (1): 135-151. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v15i1.831>
- GREEN, L. y Kreuter, M. (1999). “The precede-proceed model”, en L. Green y M. Kreuter (eds.), *Health Promotion Planning: An Educational Approach* (3ª ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company, pp. 32-43.
- HAGGERTY, R. J., y Mrazek, P. J. (eds.) (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA [INSP] (2012-2022). “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición” [ENSANUT] [en línea]. Recuperado de <<https://ensanut.insp.mx/>>
- LAGOS, N. L. y Muñoz, C. A. (2016). “Implementación del plan integrado local de acción para la prevención de enfermedades crónicas Pasto Pila 2006-2015”, *Desafíos*, 1 (1). Recuperado de <<https://revistas.ut.edu.co/index.php/desafios/article/view/1042>>
- MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M. A. (2023). *Conceptos de salud pública y estrategias de prevención. Un manual para las ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier.
- MCKENZIE, J. F., Neiger, B. L. y Thackeray, R. (2001). *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs*. San Francisco: Pearson.
- MEDINA MORA, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007) “Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample”, *The British Journal of Psychiatry*, 190 (6): 521-528.
- MONTERO, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- MUÑOZ GALÁN, R., Lana Lander, I., Coronado, M., Segura, L. y Colom, J. (2023) “Association between cannabis use disorder and mental health disorders in the adolescent population: A cohort study”, *European Addiction Research*, 29 (5): 344-352. DOI: 10.1159/000530331
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (1986). “Carta de Ottawa para la promoción de la Salud”. Recuperado de <<https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>>
- (2022). “Stockholm+50: A healthy planet for the prosperity of all – our responsibility, our opportunity” [en línea]. Recuperado de <<https://www>>

undp.org/events/stockholm50-healthy-planet-prosperity-all-our-responsibility-our-opportunity>

- PÉREZ RAMOS, Marisol (coord.) (2020). *Planeación, desarrollo y una experiencia de investigación-intervención psicosocial con familias en comunidad* (1.ª ed.). México: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de <<https://casadelibrosabiertos.uam.mx/gpd-planeacion-desarrollo-y-una-experiencia-de-investigacion-intervencion-psicosocial-con-familias-en-comunidad.html>>
- SIMONS MORTON, D., Simons Morton, B., Parcel, G. y Bunker, J. (1988). "Influencing personal and environmental conditions for community health: A multilevel intervention model", *Family and Community Health*, 11 (2): 25-35.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2001)†. *Informe sobre la salud en el mundo 2001 : Salud mental : nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <<https://iris.who.int/handle/10665/42447>>
- ZURITA CRUZ, J., Márquez González, H., Miranda Novales, G., y Villasís Keever, M. (2018). "Estudios experimentales: diseños de investigación para la evaluación de intervenciones en la clínica", *Revista Alergia México*, 65 (2): 178-186. DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v65i2.376>

Detección cuantitativa de depresión y ansiedad en jóvenes como consecuencia del COVID-19 y su importancia en el bienestar¹

*Paulina Arenas Landgrave, Marisol Pérez Ramos,
Sofía Cristina Martínez Luna, José Luis Sánchez Gutiérrez,
Natalia Escobedo Ortega y Anabel de la Rosa Gómez*

La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto importante en la salud mental de la población en general (Ali *et al.*, 2021) provocado por las múltiples preguntas sin responder en ese momento, entre las cuales la incertidumbre de sobrevivir en el caso de estar contagiado, la posibilidad de ser admitido y atendido a tiempo en un hospital, el poder mantener el empleo o los ingresos económicos durante y después del encierro, el tolerar estar en casa (fuese un lugar cómodo o no) sin tener la posibilidad de visitar a alguien o de despedirse de un ser querido que hubiese fallecido, siendo esto último importante porque complica mucho expresar el dolor y, por tanto, afrontar el duelo.

Hay datos que comprueban que la presencia de la COVID-19 incrementó o agudizó algunos trastornos psiquiátricos, sobre todo los vinculados con síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Hermosa *et al.*, 2021) tanto en niños, como en adolescentes y adultos (Cortés, 2022; Martínez Taboas, 2020) porque hay una relación entre la presencia de la pandemia con múltiples

¹ Un agradecimiento a todo el equipo de trabajo que participó en el desarrollo de la plataforma y al Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez como responsable del proyecto: Mtro. Carlos Armando Arzola, Dra. María Jesús Hernández Jiménez, Dr. Luis Felipe Fernández Martínez, Dr. Víctor Morales Rocha, Dr. Esteban Eugenio Esquivel Santo-veña, Dra. Flor Rocío Ramírez Martínez, Mtra. Rosa Olimpia Castellanos Vargas, Lic. Arantza Mariel Solís Nicolas y Lic. Marisa Colmenero Guadián.

estresores sociales que afectaron el bienestar y la salud mental de las personas. A partir de esto, los especialistas han planteado un trabajo de atención más enfocado en los factores que ponen en riesgo la salud mental de la población, con la finalidad de prevenir los problemas psicológicos y promover estrategias para el bienestar (León, 2021) porque, de acuerdo con la literatura, a mayores indicadores de ansiedad, depresión o estrés, se puede ver afectado de manera negativa el bienestar emocional y la salud mental de las personas (Linares *et al.*, 2022).

Diversos estudios han encontrado que uno de los factores que aumenta los niveles de depresión y ansiedad es el estrés (Guarino *et al.*, 2000; Lemos, Henao y López, 2018), principalmente en jóvenes universitarios, en los que se ha observado que el incremento en las exigencias y presiones que experimentan como parte de la vida universitaria se traduce en niveles más altos de estrés que eventualmente conducen a un deterioro en la salud mental y trae consigo la aparición de cuadros vinculados con síntomas ansiosos y depresivos (Lemos, Henao y López, 2018). Asimismo, en términos de calidad de vida, los trastornos de ansiedad y depresión tienen un impacto negativo en el rendimiento académico y en el desempeño psicosocial (Tijerina *et al.*, 2018), lo que contribuye a perpetuar el ciclo, ya que al no lograr cumplir con las exigencias académicas incrementan los niveles de estrés que, a su vez, agudizan los cuadros ansiosos y depresivos.

Es importante monitorear la prevalencia de estrés y trastornos de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios mediante el uso de escalas que permitan identificar a estudiantes que tengan problemáticas en estas áreas para así poder implementar programas de intervención orientados a desarrollar estrategias para manejar el estrés, así como promover el uso de servicios dirigidos a brindar atención psicológica para tratar los trastornos emocionales presentes en esta población.

Las herramientas de tamizaje precisas y validadas en la población objetivo permiten la identificación inmediata y clara

de síntomas que indiquen la presencia de un problema socioemocional; de ahí la importancia de contar con escalas y/o inventarios precisos para facilitar la atención psicológica apropiada y pertinente para garantizar la salud mental y el bienestar de la población que así lo requiera (León, 2021; Martínez *et al.*, 2020).

El objetivo de este capítulo es mostrar el proceso de validación de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios que tuvieron alguna pérdida sensible a raíz del COVID-19, esto para poder ofrecer una herramienta cuantitativa viable la cual esperamos pueda ser usada en contextos similares.

Definiciones e implicaciones de la depresión y la ansiedad en la salud mental

La depresión es el trastorno mental más común en todo el mundo, siendo la principal causa de discapacidad en la población, con una estimación de 5% en los adultos que presentan depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), y puede llegar a ser un problema de salud significativo cuando es frecuente y de alta intensidad, conduciendo al suicidio en los casos más graves.

Es bastante frecuente que los trastornos de ansiedad vayan de la mano con la depresión. La ansiedad es una respuesta normal de anticipación ante una amenaza próxima que puede ser real o imaginaria; este estado emocional es displacentero y es acompañado de cambios somáticos y psíquicos (American Psychiatric Association [APA], 2013; Arrieta, Díaz y González, 2013). Sin embargo, cuando esta reacción adaptativa se presenta en ausencia de cualquier peligro, es desproporcional a la amenaza, con una duración mucho mayor a la exposición al estímulo y sobrepasa las capacidades de la persona, interfiriendo en su funcionamiento diario, se puede convertir en un trastorno de ansiedad (Maté, Hollenstein y Gil, 2004). En México, la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE)

encontró que 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado (INEGI, 2021).

Al igual que la ansiedad, el estrés es una respuesta habitual en la vida del ser humano; cualquier cambio, por mínimo que sea, puede provocar estrés. Selye (1956) considera que el estrés es una respuesta que surge cuando se altera el equilibrio de un organismo por la acción de un agente externo o interno, de manera que el organismo reacciona para restaurar el equilibrio que se tenía. Por su parte, Lazarus y Folkman (1984) destacan que el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el individuo analiza en qué medida puede enfrentar las demandas ambientales a partir de los recursos con los que cuenta.

Aunque ambos conceptos se relacionan, es necesario hacer la distinción entre ansiedad y estrés. El estrés se puede entender como el resultado de la incapacidad de una persona frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad es una reacción emocional ante una amenaza (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Se conoce una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y depresión que afecta a gran parte de la población. Particularmente, se han visto más afectados los estudiantes universitarios, teniendo mayor vulnerabilidad debido a la alta exigencia de las carreras, el aumento de responsabilidades laborales, la interacción social, aspectos ambientales como vivir fuera del hogar familiar, los traslados a la universidad y un escaso apoyo económico. Quienes se ven un poco más afectadas son las mujeres en comparación con los hombres (González Benítez *et al.*, 2020; Ruvalcaba *et al.*, 2020).

Asimismo, de acuerdo con la literatura, también se reporta una alta prevalencia entre ansiedad, depresión y comportamiento suicida y de ahí la importancia de su evaluación. En un estudio realizado con estudiantes de la carrera de Medicina (Granados *et al.*, 2020) se encontró una prevalencia significativa en los síntomas de depresión, ansiedad y conducta suicida, siendo las

mujeres quienes los presentan con mayor frecuencia. Asimismo, se reportó que las mujeres tienen una tendencia mayor hacia la depresión y los hombres hacia el comportamiento suicida.

La importancia del DASS-21 en la detección del riesgo

Debido a lo anteriormente mencionado, surge la necesidad de contar con instrumentos lo suficientemente sensibles para la medición de los niveles de ansiedad, depresión y estrés dentro de la población, lo cual permita no sólo detectar el riesgo, sino también brindar un tratamiento adecuado que garantice la salud psicosocial. Uno de estos instrumentos es la escala breve de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21, por sus siglas en inglés) (Lovibond y Lovibond, 1995). Dicha escala ha sido traducida a diversos idiomas y probada en diferentes países, como Corea (Jun *et al.*, 2018), Puerto Rico (González Rivera *et al.*, 2020), Malasia (Rusli *et al.*, 2017), Pakistán y Alemania (Bibi *et al.*, 2020), Croacia (Rogic *et al.*, 2021), Nepal (Thapa *et al.*, 2021), Israel (Anghel, 2020) e Italia (Bottesi *et al.*, 2015), mostrando adecuadas propiedades psicométricas (Antony *et al.*, 1998; Antúnez y Vinet, 2012).

De igual manera, ha sido implementada para diferentes problemas de salud como las afectaciones en salud mental de la pandemia por COVID-19 (Ali *et al.*, 2021; Andrades *et al.*, 2021; Aspera *et al.*, 2021; Rodríguez, Medrano y Hernández, 2021), niveles de actividad física y salud mental (Rico *et al.*, 2020), y en distintos grupos de la población como estudiantes universitarios (Antúnez y Vinet, 2012; Camacho, Cordero y Perkins, 2016), académicos (Martínez Alcántara *et al.*, 2018), enfermeros de salud mental (García, Maldonado y Ramírez, 2014), atletas (Vaughan, Edwards y MacIntyre, 2020) y personas con esclerosis múltiple (Rogic *et al.*, 2021).

En la tabla 1 se describen diferentes estudios a nivel mundial que han llevado a cabo una evaluación de los componentes psicométricos de la escala DASS-21.

Tabla 1. Propiedades psicométricas del DASS-21 en diferentes países

Autor	Año	País	Confiabilidad	Validez	Población	Escalas
Gurrola <i>et al.</i>	2006	México	Depresión ($\alpha=0.81$) Ansiedad ($\alpha=0.76$) Estrés ($\alpha=0.79$) Global ($\alpha=0.86$)	Constructo	Muestra no clínica Población general (20 a 60 años)	Se mantuvieron las tres subescalas originales (14 ítems)
Roman, Vinet y Alarcón	2014	Chile	Depresión ($\alpha=0.85$) Ansiedad ($\alpha=0.72$) Estrés ($\alpha=0.79$)	Convergente y divergente (BDI-II y BAI)	Muestra no clínica Estudiantes de secundaria	Se mantuvieron las tres subescalas originales
Bottesi <i>et al.</i>	2015	Italia	Muestra clínica Depresión ($\alpha=0.91$) Ansiedad ($\alpha=0.88$) Estrés ($\alpha=0.83$) Global ($\alpha=0.92$) Muestra no clínica Depresión ($\alpha=0.82$) Ansiedad ($\alpha=0.74$) Estrés ($\alpha=0.85$) Global ($\alpha=0.90$)	Constructo Convergente y divergente (BAI, BDI-II y PSQ-20)	Muestra clínica (pacientes con depresión y ansiedad) y no clínica (muestra comunitaria)	Modelo bifactorial

(continuación)

Autor	Año	País	Confiabilidad	Validez	Población	Escala
Rusli <i>et al.</i>	2017	Malasia	Depresión ($\alpha=0.863$) Ansiedad ($\alpha=0.850$) Estrés ($\alpha=0.837$) Global ($\alpha=0.940$)	Constructo	Muestra clínica (entorno ambulatorio) Varones > 18 años	Se mantuvieron las tres subescalas originales
Salinas, Zamora y Martínez	2017	México	Depresión ($\alpha=0.77$) Ansiedad ($\alpha=0.74$) Estrés ($\alpha=0.85$) Global ($\alpha=0.92$)	Constructo	Muestra no clínica Profesores universitarios	Se mantuvieron las tres subescalas originales
Jun <i>et al.</i>	2018	Corea	Depresión ($\alpha=0.866$) Ansiedad ($\alpha=0.833$) Estrés ($\alpha=0.828$)	Convergente (satisfacción con la vida, SWLS)	Muestra no clínica Trabajadores generales (18 a 65 años)	Se mantuvieron las tres subescalas originales
Anghel	2020	Israel	Depresión ($\alpha=0.81$) Ansiedad ($\alpha=0.83$) Estrés ($\alpha=0.69$)	NE	Muestra no clínica Estudiantes preuniversitarios	Se mantuvieron las tres subescalas originales (18 ítems), reducción de un ítem en cada subescala

(continuación)

Autor	Año	País	Confiabilidad	Validez	Población	Escalas
Bibi <i>et al.</i>	2020	Pakistán y Alemania	Paquistán Depresión ($\alpha=0.78$) Ansiedad ($\alpha=0.72$) Estrés ($\alpha=0.75$) Alemania Depresión ($\alpha=0.90$) Ansiedad ($\alpha=0.81$) Estrés ($\alpha=0.86$)	Constructo	Muestra no clínica Población general	Se mantuvieron las tres subescalas originales
González-Rivera <i>et al.</i>	2020	Puerto Rico	Depresión ($\alpha=0.89$) Ansiedad ($\alpha=0.88$) Estrés ($\alpha=0.90$)	Constructo Convergente Divergente	Muestra no clínica Población general (21 a 77 años)	Modelo unidimensional de 10 ítems, con carga de depresión y ansiedad
Vaughan, Edwards y MacIntyre	2020	NE	NE	Convergente (POMS-D, SAS-2, ABQ, APSQ)	Muestra no clínica Atletas y no atletas	Modelo bifactorial
Ali <i>et al.</i>	2021	Arabia Saudita	Depresión ($\alpha=0.95$) Ansiedad ($\alpha=0.96$) Estrés ($\alpha=0.94$)	Discriminante Predictiva	Muestra no clínica Población general (> 18 años)	Se mantuvieron las tres subescalas originales
Rogić <i>et al.</i>	2021	Croacia	Depresión ($\alpha=0.90$) Ansiedad ($\alpha=0.88$) Estrés ($\alpha=0.91$)	Predictiva Convergente (impacto de esclerosis múltiple, MSIS-29)	Muestra clínica Adultos con esclerosis múltiple	Se mantuvieron las tres subescalas originales
Thapa <i>et al.</i>	2021	Nepal	Depresión ($\alpha=0.93$) Ansiedad ($\alpha=0.79$) Estrés ($\alpha=0.91$)	Convergente (Calidad de vida, WHOQOL-BREF)	Muestra no clínica Adultos mayores (> 60 años)	Tres subescalas originales y 1 adicional de "angustia general"

NE: no especificado.

A partir de la tabla 1 se puede observar que tanto la confiabilidad como la validez del instrumento se han mantenido estables en las diferentes muestras a las que se les ha aplicado.

Dentro de la población mexicana, se ha utilizado el DASS-21 para evaluar las propiedades psicométricas de la prueba (Salinas, Zamora y Martínez, 2017); la estructura factorial y la consistencia interna (Gurrola *et al.*, 2006), y para la detección de síntomas de depresión y ansiedad a partir de la pandemia por COVID-19 (Aspera *et al.*, 2021; Rodríguez, Medrano y Hernández, 2021).

El trabajo realizado por Gurrola *et al.* (2006) tuvo como objetivo obtener la validez de constructo del DASS-21 dentro de una muestra no clínica. Como parte de los resultados, para la población mexicana se muestra una alta fiabilidad en la escala general (0.86) y en la subescala de depresión (0.81), estrés (0.79) y ansiedad (0.76); por lo que se considera una escala confiable para la evaluación de los constructos propuestos. Dichos resultados coinciden con lo reportado por Salinas, Zamora y Martínez (2017), que evaluaron las propiedades psicométricas del DASS-21 con profesores universitarios, encontrando una consistencia interna alta en todo el instrumento (0.92), y en las subescalas valores que oscilan entre .77 y .85.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar las propiedades psicométricas de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) dentro de una muestra clínica de estudiantes universitarios que se encontraban en proceso de duelo durante la pandemia por COVID-19.

Método

Participantes

Se obtuvo una muestra total de 5 275 participantes en el estudio, después de la revisión de la base de datos se establecieron para este análisis un total de 2 505 casos, fueron eliminados aquellos que 1) no brindaron su consentimiento para el tratamiento de

sus datos; 2) no respondieron en su totalidad las escalas; 3) tenían una escolaridad inferior a la universitaria; 3) pertenecían a un país de residencia distinto a México.

La importancia de homologar la muestra para este proceso psicométrico se debe a que la mayor parte de la población usuaria es universitaria y significaba una pérdida menor de datos para hacer el análisis; así mismo, pese a que la aplicación de la encuesta fue abierta a la población en general hay una mayor representación de registro y uso de la plataforma por comunidad universitaria. Finalmente, la heterogeneidad de respondientes en las encuestas en línea puede sesgar los resultados dado que la comprensión y respuesta a los reactivos pueden interpretarse desde distintos contextos y situaciones que están fuera de control por parte de los investigadores (Vogt *et al.*, 2014).

La edad promedio de la muestra fue de 32.5 años (d.e. 9), la mayoría era del género femenino (87.5%), seguido del masculino (12.1%) y algunos reportados como otro (.4%), en cuanto al grado de estudios, al momento de la aplicación eran estudiantes de licenciatura (82.2%), seguidos de maestría (15.7%) y doctorado (2.1%). Con respecto a la variable de fallecimiento de un ser querido, los resultados se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del tiempo que ha transcurrido desde que falleció un ser querido (N=2505)

Tiempo de fallecido de su ser querido	Frecuencia	Porcentaje
Hace un mes	430	17.2%
Hace dos meses	288	11.5%
Hace tres meses	215	8.6%
Hace cuatro meses	147	5.9%
Hace cinco meses	183	7.3%

(continuación)

Tiempo de fallecido de su ser querido	Frecuencia	Porcentaje
Hace seis meses	217	8.7%
Hace más de seis meses	283	11.3%
No contestó	742	29.6%
Total	2 505	100%

Instrumentos

DASS-21

La escala DASS-21 es un instrumento abreviado de autor reporte que se compone de 21 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: 0 (no me ha ocurrido), 1 (me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo), 2 (me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo), 3 (me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo). Al respondiente se le solicitó indicará cuánto correspondía la afirmación con su estado de ánimo en la última semana. Se trata de una escala que originalmente proviene de la escala DASS, la cual fue creada con el objetivo de evaluar estados negativos de ansiedad y depresión con 90 ítems (Lovibond y Lovibond, 1995).

Con una estructura de 21 ítems, la escala DASS-21 es breve y fácil de responder, se divide en tres subescalas: estrés, ansiedad y depresión, cada una evaluada por siete ítems y que en conjunto explica la angustia afectiva general. Ha mostrado ser una escala psicométricamente válida y confiable en población general y muestras clínicas (Brown *et al.*, 1997; Daza *et al.*, 2002; González Rivera *et al.*, 2020; Gurrola *et al.*, 2006; Tully, Zajac y Venning, 2009). En la tabla 3, se muestra la estructura general de la escala con sus respectivos reactivos para facilitar la interpretación de los resultados.

Tabla 3. Reactivos por dimensión escala DASS-21

Dimensión	Reactivo
Depresión	3. No podía sentir ningún sentimiento positivo
	5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas
	10. He sentido que no había nada que me ilusionara
	13. Me sentí triste y deprimido
	16. No me pude entusiasmar por nada
	17. Sentí que valía muy poco como persona
	21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido
Ansiedad	2. Me di cuenta que tenía la boca seca
	4. Se me hizo difícil respirar
	7. Sentí que mis manos temblaban
	9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo
	15. Sentí que estaba al punto de pánico
	19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico
	20. Tuve miedo sin razón
Estrés	1. Me ha costado mucho descargar la tensión
	6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones
	8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía
	11. Me he sentido inquieto
	12. Se me hizo difícil relajarme
	14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo
	18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad

Procedimiento

El tipo de diseño para esta investigación fue *ex post facto* con un muestreo de tipo intencional. Con el objetivo de ofrecer apoyo para personas en proceso de duelo durante la pandemia COVID-19, se habilitó una página web (<https://www.duelocovid.com/>) donde se ofreció de forma gratuita a personas que se encontraban en proceso de duelo reciente y que no estaban recibiendo tratamiento psicológico o farmacológico, la oportunidad de contestar distintos cuestionarios relacionados con la salud mental, entre ellos el DASS-21, y con uso de la plataforma se les brindó apoyo psicológico por medio de una intervención auto aplicada o se les vinculó con apoyo externo a través de números de atención especializados.

Se realizó la difusión de la página de duelo COVID a través de redes sociales y medios universitarios digitales. La recolección se realizó de diciembre de 2020 a febrero de 2021, se obtuvieron 5 275 respuestas a los diferentes cuestionarios, para la redacción del presente artículo se utilizaron los datos obtenidos para la escala DASS-21 traducida y validada al español (Gurrola *et al.*, 2006).

Análisis estadístico

Para analizar la estructura factorial confirmatoria del DASS-21 se utilizó una muestra de 2 505 participantes, con el objetivo de asegurar la validez y el mejor ajuste del modelo se pusieron a prueba tres modelos para la escala: modelo unidimensional (un factor general para todos los ítems nombrado “malestar general”), un modelo bifactor (los tres factores específicos de estrés, ansiedad y depresión, en conjunto con el factor malestar general) y un modelo correlacional (los tres factores específicos de la escala). Los análisis estadísticos se realizaron con los programas: IBM Statistical Package for the Social Sciences v.23, el software estadístico R con R-Studio versión 4.2.2 y los paquetes semPlot, semTools y Lavaan (Rosseel, 2012).

Resultados

Se llevó a cabo el análisis descriptivo para cada ítem del DASS-21 (tabla 4). En los resultados obtenidos se puede observar que todos los ítems presentan un coeficiente de asimetría y curtosis adecuado ya que se encuentran en un rango de entre +2 y -2 (Ayán y Díaz, 2008), mientras que las medias oscilaron entre 0.93 (ítem 13) y 2.06 (ítem 7).

Tabla 4. Análisis descriptivo de los ítems del DASS-21

Ítems	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
1	1.90	.86	-.25	-.79
2	1.37	.95	.20	-.89
3	1.31	.88	.30	-.59
4	1.02	.92	.59	-.52
5	1.57	.94	.03	-.91
6	1.64	.96	-.06	-1
7	.93	.94	.68	-.56
8	1.26	1.01	.25	-1.05
9	1.29	1.07	.25	-1.20
10	1.57	1.03	-.007	-1.16
11	1.79	.92	-.21	-.87
12	1.98	.91	-.42	-.83
13	2.06	.86	-.42	-.86
14	1.14	.95	.45	-.74
15	1.11	1.03	.49	-.94
16	1.34	.97	.24	-.93

(continuación)

Ítems	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
17	1.14	1.12	.48	-1.16
18	1.78	.99	-.24	-1.05
19	1.39	1.06	.13	-1.22
20	1.51	1.07	.03	-1.26
21	1.17	1.11	.44	-1.17

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

De acuerdo con la estructura teórica de la escala se pusieron a prueba tres modelos (unidimensional, bifactor y correlacional), utilizando para cada uno la matriz de entrada la correlación policórica; como método de estimación se utilizó mínimos cuadrados ponderados (DWLS) (Freiberg *et al.*, 2013) y se obtuvieron los índices de Chi-cuadrado, del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI). Uno de los estadísticos más utilizados y que describe mejor el índice de ajuste es el RMSEA, ya que ante muestras grandes no suele verse afectado, se considera un buen ajuste del modelo cuando el RMSEA y SRMR se ubican dentro del intervalo de 0 – 0.08 (Browne y Cudeck, 1992; Jöreskog, 2001), el índice CFI y TLI se considera mejor mientras su valor sea mayor a .95 y cercano a 1 (Arbuckle, 1997; Manzano, 2017).

Después de la evaluación de los modelos con los índices de ajuste, se efectuaron los cálculos del índice Omega y Omega jerárquico ya que permiten la medición de la consistencia interna en estudios factoriales confirmatorios. De acuerdo con Mediano y Alvarado (2022), el índice Omega ayuda a comprender la relación entre la varianza que se deriva de la puntuación de

los parámetros estimados en el modelo y la suma de varianzas y covarianzas de los ítems en el modelo; asimismo, el Omega jerárquico es otro índice que se debe realizar ya que toma en cuenta la puntuación total y la existencia de factores específicos.

Los tres modelos propuestos fueron ejecutados; en la tabla 5 se puede observar que el modelo unidimensional, a pesar de contar con índices de ajuste aceptables en CFI y TLI, al ponerlo a competir con los otros dos modelos es el que menos características de bondad de ajuste presenta, mientras que en el RMSEA (.098) supera el límite establecido en la literatura para la aceptabilidad del modelo y el SRMR (.072) se encuentra cerca del límite superior de aceptabilidad.

Siguiendo con los datos de la tabla 5, tanto el modelo bifactor como el correlacional muestran un correcto ajuste en todos los índices evaluados manteniéndose dentro de los límites aceptables. En una comparación visual el modelo bifactor parece tener un mejor ajuste de acuerdo con los resultados obtenidos en sus índices; sin embargo, antes de tomar la decisión de mantener este modelo, se realizará la comparación del índice omega y omega jerárquico en ambos modelos.

Tabla 5. Índices de bondad de ajuste para los distintos modelos evaluados

Modelo		P	CFI	TLI	RMSEA (90% CI)	SRMR
Unidimensional	4741.74 (189)	<.001	.975	.972	.098 (.096 - .101)	.072
Bifactor	843.78 (162)	<.001	.996	.995	.041 (.038 - .044)	.033
Correlacional	1646.91 (186)	<.001	.992	.991	.056 (.054 - .059)	.044

A partir de los datos de fiabilidad resumidos en la tabla 6 se puede concluir que, a pesar de que el modelo bifactor tiene mejores índices de ajuste, su fiabilidad es muy baja, mientras que el modelo correlacional cumple con tener índices aceptables de ajuste y altos indicadores de confiabilidad en cada una de sus di-

mensiones evaluadas. Debido a lo anterior, el modelo adecuado para la escala es el correlacional que se encuentra gráficamente representado en la figura 1 y sus índices estadísticos se muestran en la figura 2.

Tabla 6. Omega y Omega jerárquico
en los modelos bifactor y correlacional

Índice de fiabilidad	Modelo bifactor				Modelo correlacional		
	Malestar general	Estrés	Ansiedad	Depresión	Estrés	Ansiedad	Depresión
Omega	.68	.12	.46	.51	.85	.85	.90
Omega jerárquico	.62	.03	.32	.38	.87	.86	.91

La figura 1 representa el esquema del modelo correlacional de ecuaciones estructurales utilizado para evaluar las características psicométricas de la escala DASS-21. Se miden tres dimensiones como factores latentes intercorrelacionados (ansiedad, estrés y depresión). Las flechas bidireccionales entre los factores latentes indican correlaciones, sugiriendo que, aunque cada factor mide una dimensión distinta de la respuesta emocional, existen características teóricas compartidas entre los factores latentes y cada factor se encuentra representado por ítems distintos.

En la figura 2 se muestra la estructura del modelo de ecuaciones estructurales con los estadísticos calculados para cada relación representada esquemáticamente. Los factores latentes están representados por elipses y los ítems observables por rectángulos. Las flechas bidireccionales entre los factores latentes indican correlaciones: estrés – ansiedad ($r = 0.83$), ansiedad – depresión ($r = 0.78$) y estrés – depresión ($r = 0.72$). Los ítems de estrés (x1, x6, x8, x11, x12, x14, x18) muestran altas cargas factoriales que varían de 0.69 a 0.79. Los ítems de ansiedad (x2, x4, x7, x9, x15, x19, x20) tienen cargas factoriales que varían

de 0.51 a 0.81, indicando una relación moderada a fuerte con el factor de ansiedad. Los ítems de depresión (x3, x5, x10, x13, x16, x17, x21) muestran cargas factoriales que varían de 0.70 a 0.86, sugiriendo una fuerte relación entre los ítems y el factor de depresión. El buen ajuste del modelo sugiere que la estructura interna de la escala es adecuada y que los ítems están efectivamente midiendo las dimensiones correspondientes.

Figura 1. Representación gráfica del modelo correlacional

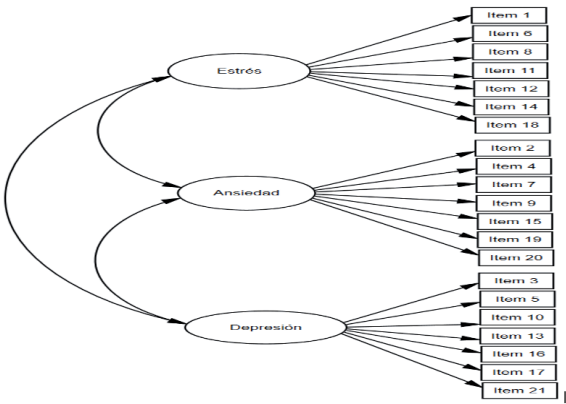
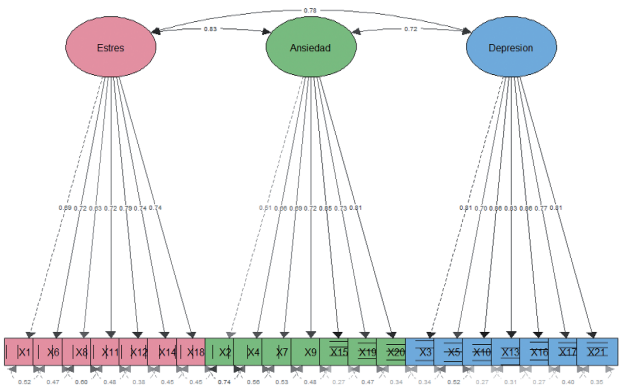


Figura 2. Modelo factorial confirmatorio correlacional de la escala DASS 21



Los resultados obtenidos fueron consistentes con lo encontrado en otras investigaciones con respecto a la validez estructural de la escala (Daza *et al.*, 2002; González Benítez *et al.*, 2020; Gurrola *et al.*, 2006; Contreras *et al.*, 2021). En el modelo correlacional para la escala DASS-21 todos los índices se ajustan adecuadamente, con esto se corrobora una adecuada validez y confiabilidad estructural del instrumento en población mexicana universitaria con indicadores clínicos.

Discusión

La gran necesidad de sensibilidad, objetividad y estabilidad al momento de hacer evaluaciones psicológicas en pacientes con sintomatología de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID-19 requiere de instrumentos correctamente validados en los contextos culturales en que serán aplicados. De esta manera, el uso de la psicometría adquiere valor como una herramienta de evaluación cuando con una muestra amplia se confirma la validez numérica de los constructos teóricos que representa y estos resultados son confiables para extrapolarse a una población de estudio determinada.

Los resultados obtenidos indican que la escala DASS-21 es confiable al contar con valores de Alpha de Cronbach mayores a .84 por dimensión, lo cual es coherente con lo reportado en distintos países y con características poblacionales diversas (tabla 1), incluso en casos que están transitando por una etapa de duelo por pérdida reciente de algún ser querido; esto permite seguir recabando evidencia de la aplicabilidad de la escala en distintos ambientes culturales. La validez de constructo en el AFE detalla la presencia de las tres dimensiones donde se agrupan los ítems teóricamente congruentes para cada dimensión, mostrando cargas factoriales diferenciables para cada factor después de la rotación y congruencia con la estructura original de la escala en inglés (Lovibond y Lovibond, 1995).

De acuerdo con lo mencionado por Berenzon *et al.* (2013), la depresión es un tema que debe ser investigado ampliamente en México al ser una enfermedad mental que genera discapacidad en quienes la padecen y que suele tener alta co-ocurrencia con otros trastornos. La brecha de la investigación de salud mental en el país requiere de instrumentos válidos y confiables que permitan un tamizaje para la detección de casos y pronta canalización a tratamientos clínicos especializados. Es de vital importancia promover la objetividad en la evaluación psicológica y psicosocial para ofrecer tratamientos multidisciplinarios atender las problemáticas de salud mental causadas por el confinamiento en la pandemia COVID-19 ya que la OMS (2022) reportó que en el primer año de la pandemia la prevalencia mundial de ansiedad y depresión aumentó un 25%; esto exige la implementación de programas para la detección y atención oportuna.

La escala DASS-21 destaca por su utilidad en la atención primaria. Su facilidad de aplicación, rapidez y bajo costo la convierten en una herramienta ideal para identificar de manera temprana síntomas de depresión, ansiedad y estrés, facilitando así una intervención oportuna, y es también un instrumento para dar seguimiento a los consultantes atendidos, asegurando su salud mental y aportando datos para garantizar tratamientos que coadyuven a la construcción del bienestar psicosocial en el corto y mediano plazo.

Referencias bibliográficas

- ALI, A. M., Alkhamees, A. A., Hori, H., Kim, Y. y Kunugi, H. (2021). "The depression anxiety stress scale 21: Development and validation of the depression anxiety stress scale 8-item in psychiatric patients and the general public for easier mental health measurement in a post COVID-19 world", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (19). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910142>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Asociación Americana de Psicología.

- ANDRADES TOBAR, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C. y Lucero, C. (2021). "Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26 (1): 13. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- ANGHEL, E. (2020). "Longitudinal invariance and information of the depression, anxiety, and stress scales", *Journal of Clinical Psychology*, 76 (10): 1923-1937. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22968>
- ANTONY, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M. y Swinson, R. (1998). "Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample", *Psychological Assessment*, 10 (2): 176-181. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- ANTÚÑEZ, Z. y Vinet, E. (2012). "Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos", *Terapia Psicológica*, 30 (3): 49-55.
- ARBUCKLE, J. L. (1997). *AMOS Users' Guide Version 3.6*. Smallwaters Corporation.
- ARRIETA, K., Díaz, S. y González, F. (2013). "Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (2): 173-181.
- ASPERA CAMPOS, T., León Hernández, R. C. y Hernández Carranco, R. G. (2021). "Niveles de depresión, ansiedad y estrés en una muestra mexicana durante el confinamiento por COVID-19", *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 12 (1): 46-57. DOI: <https://doi.org/10.29059/rpcc.20210615-130>
- AYÁN, M., y Díaz, M. (2008). "Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial", *Psicológica*, 29 (2): 205-227.
- BERENZON, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina Mora, M. E. (2013). "Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México", *Salud Pública de México*, 55 (1): 74-80.
- BIBI, A., Lin, M., Zhang, X. C. y Margraf, J. (2020). "Psychometric properties and measurement invariance of depression, anxiety and stress scales (DASS-21) across cultures", *International Journal of Psychology*, 55 (6): 916-925. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijop.12671>
- BOTTESI, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G. y Sica, C. (2015). "The Italian version of the depression anxiety stress scales-21: Factor struc-

- ture and psychometric properties on community and clinical samples”, *Comprehensive Psychiatry*, 60: 170-181. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>
- BROWN, T., Chorpita, B., Korotitsch, W. y Barlow, D. (1997). “Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) in clinical samples”, *Behavior Research and Therapy*, 35 (1): 79-89. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00068-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00068-X)
- BROWNE, M. y Cudeck, R. (1992). “Alternative ways of assessing model fit”, *Sociological Methods and Research*, 21: 230-258. DOI: <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- CAMACHO, Á., Cordero, E. D. y Perkins, T. (2016). “Psychometric properties of the DASS-21 among Latina/o college students by the US-Mexico border”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18 (5): 1017-1023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0415-1>
- CONTRERAS MENDOZA, I., Olivas Ugarte, L. O. y de La Cruz Valdiviano, C. (2021). “Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos”, *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8 (1): 24-30. DOI: <https://doi.org/10.21134/rpcna.2021.08.1.3>
- CORTÉS C., M. (2022). “Impacto de COVID-19 sobre la salud mental de niñas, niños y adolescentes”, *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 60 (2): 223-224. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200223>
- DAZA, P., Novy, D. M., Stanley, M. A. y Averill, P. (2002). “The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample”, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24 (3): 195-205. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- FREIBERG HOFFMANN, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G. y Fernández Liporace, M. (2013). “Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios”, *Ciencias Psicológicas*, 7 (2): 151-164. DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v7i1.1057>
- GARCÍA RIVERA, B., Maldonado Radillo, S. E. y Ramírez Barón, M. (2014). “Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México”, *Summa Psicológica*, 11 (1): 65-73.
- GONZÁLEZ BENÍTEZ, A. G., Luna Centeno, L. D., Alatríste, V., Carrasco Carballo, A., Martínez, I., Martínez, L., Limón, D. y Luna, F. (2020). “Ansiedad y depre-

- sión en los estudiantes de licenciatura de ciencias naturales y exactas de la BUAP-México!, *Alianza y Tendencias BUAP*, 5 (19): 41-55.
- GONZÁLEZ RIVERA, J. A., Pagán-Torres, O. M. y Pérez-Torres, E. M. (2020). "Depression, anxiety and stress scales (DASS-21): Construct validity problem in Hispanics", *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10 (1): 375-389. DOI: <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010028>
- GRANADOS, J. A., Gómez, O., Islas, M. I., Maldonado, G., Martínez, H. F. y Pineda, A. M. (2020). "Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México", *Investigación en Educación Médica*, 9 (35): 65-74. DOI: <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20224>
- GUARINO, L., Gavidia, I., Antor, M. y Caballero, H. (2000). "Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios", *Psicología Conductual*, 8 (1): 57-71
- GURROLA, G., Balcázar, P., Bonilla, M. y Virseda, J. (2006). "Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica", *Ciencia Social*, 8 (5): 3-7.
- HERMOSA BOSANO, C., Paz, C., Hidalgo Andrade, P., García Manglano, J., Chalezquer, C. S., López-Madrigal, C. y Serrano, C. (2021). "Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19", *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30 (2): 40-47. DOI: <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30200040>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA [INEGI] (2021). Encuesta Nacional de Bienestar Autrreportado (2021). México: INEGI. México. Recuperado de inegi.org.mx/contenidos/programas/enbiare/2021/doc/enbiare_2021_presentacion_resultados.pdf
- JÖRESKOG, K. G. (2001). *Analysis of Ordinal Variables 2. Cross-sectional Data*. Taller "Structural Equation Modelling with LISREL 8.51". Jena: Friedrich-Schiller Universitat.
- JUN, D., Johnston, V., Kim, J. M. y O'Leary, S. (2018). "Cross-cultural adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) in the Korean working population", *Work*, 59 (1): 93-102. DOI: <https://doi.org/10.3233/wor-172661>
- LAZARUS, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.

- LEMONS, M., Henao Pérez, M. y López Medina, D. (2018). "Estrés y salud mental en estudiantes de medicina. Relación con afrontamiento y actividades extra-curriculares", *Archivos de Medicina*, 14 (2:3): 1-8. DOI: 10.3823/1385
- LEÓN, C. N. (2021). "La depresión en tiempos de COVID-19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables", *Educa UMCH*, 1 (18): 126-143. DOI: <https://orcid.org/0000-0002-8290-1501>
- LINARES, S. S., Orantes, K. J., Linares, G. A., Muñoz Alonzo, H. M. y González-Aguilar, D. W. (2022). "Bienestar subjetivo, depresión y ansiedad en estudiantes de la Ciudad de Guatemala", *Ciencias Sociales y Humanidades*, 9 (1): 9-23. DOI: <https://doi.org/10.36829/63CHS.v8i2.1335>
- LOVIBOND, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety y Stress Scales* (2ª ed.). Sidney: Psychology Foundation of Australia.
- MANZANO, A. (2017). "Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales", *Metodología de Investigación en Educación Médica*, 7 (25): 67-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.11.002>
- MARTÍNEZ, F., Azkoul, M., Rangel, C., Sandia, I. y Pinto, S. (2020). "Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela", *GICOS*, 5 (e2): 77-88.
- MARTÍNEZ ALCÁNTARA, S., Castro Díaz, G., Sánchez López, C. D., Martínez López, C. R., Irigoyen Padilla, F. D., Inchaustegui López, L. y Zamora Macorra, M. (2018). "Programa de estímulos económicos y daños a la salud en académicos", *Salud de los Trabajadores*, 26 (2): 98-111.
- MARTÍNEZ TABOAS, A. (2020). "Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿Qué sabemos actualmente?", *Revista Caribeña de Psicología*, 4 (2): 143-152. DOI: <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- MATÉ, J., Hollenstein, M. F. y Gil, F. L. (2004). "Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico", *Psicooncología*, 1 (2-3): 211-230.
- MEDIANO, M., y Alvarado, J. M. (2022). "Validez estructural de una versión reducida del cuestionario del sueño de Mannheim", *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 5 (66): 53-64.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2021). *Depresión* [en línea]. Recuperado de <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>>
- (2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo* [en línea]. Recuperado de

- <<https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>>
- RICO, T. M., Escarlet, A., Rivas, H., Guadalupe, F., González, T. y Arredondo, L. A. (2020). "Relación entre la actividad física y la salud mental en estudiantes universitarios en tiempos de pandemia de la COVID-19", *XXVI Verano de la Ciencia*, 1-8.
- RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, C., Medrano Espinosa, O. y Hernández Sánchez, A. (2021). "Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19", *Gaceta de México*, 157 (3): 228-233. DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.20000612>
- ROGIĆ VIDA KOVIĆ, M., Šimić, N., Poljičanin, A., Nikolić Ivanišević, M., Ana, J. y Đogaš, Z. (2021). "Psychometric properties of the Croatian version of the depression, anxiety, and stress scale-21 and multiple sclerosis impact scale-29 in multiple sclerosis patients", *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.102850>
- ROMÁN, F., Vinet, E., y Alarcón, A. M. (2014). "Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco", *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23 (2): 179-190. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30053-9)
- ROSSEEL, Y. (2012). "Ivaan: An R package for structural equation modeling", *Journal of Statistical Software*, 48: 1-36.
- RUSLI, B., Amrina, K., Trived, S., Loh, K. y Shasi, M. (2017). "Construct validity and internal consistency reliability of the Malay version of the 21-item depression anxiety stress scale (Malay-DASS-21) among male outpatient clinic attendees in Johor", *Medical Journal of Malaysia*, 72 (5): 264-270.
- RUVALCABA PALACIOS, G., Galván Guerra, A., Ávila Sansores, G. M. y Gómez Águila, P. I. del S. (2020). "Ansiedad, depresión y actividad autónoma en estudiantes de enfermería, en el estado de Guanajuato, México", *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6 (1): 81-103. DOI: <https://doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.6.1.2020.212.81-103>
- SALINAS, J., Zamora, M. y Martínez, S. (2017). "Evaluación de las propiedades psicométricas del DASS-21 en académicos universitarios" [disertación de maestría inédita]. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- SELYE, H. (1956). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw Hill.
- SIERRA, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). "Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar", *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1): 10-59.

- THAPA, D. K., Visentin, D., Kornhaber, R. y Cleary, M. (2021). "Psychometric properties of the Nepali language version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)", *Nursing Open* (February): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.959>
- TIJERINA, L., González, E., Gómez, M., Cisneros, M., Rodríguez, K. y Ramos, E. (2018). "Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior", *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17 (4): 41-47.
- TULLY, P., Zajac, I. y Venning, A.J. (2009). "The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37 (717). DOI: <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9306-4>
- VAUGHAN, R. S., Edwards, E. J. y Macintyre, T. E. (2020). "Mental health measurement in a post COVID-19 world: Psychometric properties and invariance of the DASS-21 in athletes and non-athletes", *Frontiers in Psychology*, 11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590559>
- VOGT, W. P., Gardner, D. C., Haeffele, L. M. y Vogt, E. R. (2014). *Selecting the Right Analyses for Your Data: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. Nueva York: Guilford Publications.

Estudios psicosociales y promoción del bienestar en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, cuidadoras primarias informales y estudiantes universitarios

David Alberto Rodríguez Medina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el “completo estado de bienestar físico, social y mental y no solamente como la ausencia de afección y enfermedad”. El primer componente de este concepto sugiere que el bienestar es un constructo multidimensional, continuo y (por tanto) medible; mientras que la ausencia de enfermedad alude a una dicotomía de presencia/ausencia enfermedad.

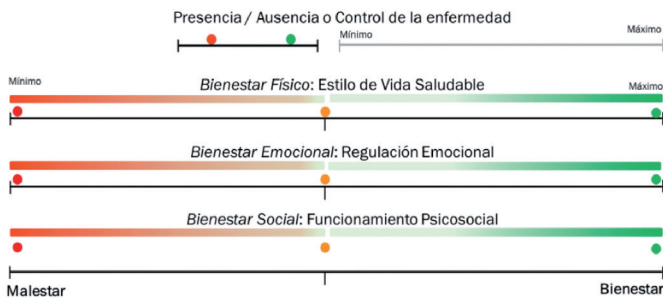
Sin embargo, en esta definición se deben agregar dos precisiones: la primera, las dimensiones del bienestar (físico, social y mental) pueden interactuar con la presencia de enfermedad (por ejemplo, algunas enfermedades tienen en común una elevada actividad inflamatoria, lo cual genera malestar físico, emocional y altera el comportamiento social, como lo propusieron Eisenberger *et al.* (2017), lo que da lugar a desarrollar síntomas depresivos. Segunda, tener una enfermedad diagnosticada puede motivar conductas que busquen mejorar el bienestar, es decir, conductas saludables como llevar un control de la enfermedad o disminuir los excesos o conductas de riesgo.

Incluso presentando una enfermedad se requiere de una evaluación dimensional sobre el control o manejo de la enfermedad. Aumentar las dimensiones del bienestar (físico, social y/o emocional) es equivalente a mejorar la salud. Lo anterior sugiere evaluar las dimensiones de la salud: 1) presencia o ausencia de enfermedad; 2) control de la enfermedad; 3) dimensión física del bienestar, 4) dimensión mental (cognitivo y emocional) del

bienestar (nivel individual) y 5) dimensión social del bienestar (figura 1).

En la primera dimensión, la presencia de enfermedad (marcado en rojo), sugiere un seguimiento continuo sobre el control de ésta. Padecer una enfermedad crónica no trasmisible disminuye el bienestar en sus tres dimensiones, limitando la calidad de vida, las fuentes de satisfacción y/o de afecto positivo, y en muchos casos las personas pueden experimentar falta apoyo y comprensión, reduciendo su bienestar social, por lo que se deben valorar los tres ejes del bienestar, en particular aquellas personas con falta de adherencia al tratamiento.

Figura 1. Modelo multiaxial de salud:
constructo multidimensional.



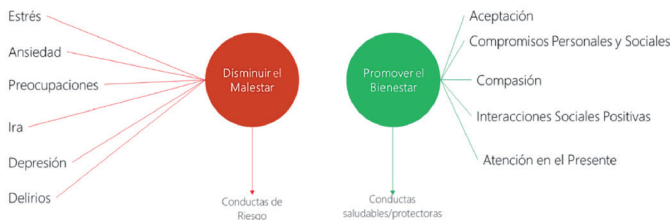
Fuente: elaboración propia.

Un factor desequilibrante del bienestar es experimentar estrés crónico. En México, el sitio web del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s.f.) menciona las principales fuentes de estrés: el trabajo, las finanzas personales, la violencia, el tráfico vehicular y los problemas de pareja o familiares. En conjunto, son causas de estrés social y, si se experimenta una o más, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad física (cardiovascular, endocrina y/o inmunológica) y mental (ansiedad, depresión) con efectos psicosociales. Si bien es cierto que los servicios de salud se enfocan en disminuir el malestar (físico o

emocional), los profesionales de la salud, además, deben promover el bienestar.

En contraparte, mantener o promover el bienestar en una o más dimensiones se puede considerar un factor protector de la salud. En particular, los profesionales de la salud mental deben reducir el malestar (estrés, ansiedad, preocupaciones, ira, depresión, entre otros) para disminuir los factores de riesgo y aumentar los niveles de bienestar (aceptación, compromiso, compasión, interacciones sociales positivas) que favorezcan los factores protectores o conductas saludables (figura 2).

Figura 2. Funciones de la intervención psicosocial en el proceso salud-enfermedad



Fuente: elaboración propia.

En algunos sectores de la población la presencia de enfermedad los ha vuelto un grupo prioritario y cuentan con acceso a recibir los beneficios públicos que otorga el estado (por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama).

Sin embargo, otros grupos no son prioritarios para el sistema de salud, si bien padecen circunstancias que precipitan estrés crónico. Por ejemplo, una persona que se hace cargo de las necesidades (sin instrucción profesional) de otra persona con enfermedad crónica no transmisible, dependiente, genera so-

brecarga, fatiga, estrés y puede desarrollar ansiedad y depresión, limitando las interacciones sociales positivas (aumentando el malestar) (Ruiz y Nava, 2012; Murguía *et al.*, 2020).

Otro grupo no prioritario para el sistema de salud, pero susceptible de manifestar estrés crónico, son los estudiantes universitarios (Riveros, 2018), quienes gozan de recibir educación profesional, pero que fuera del contexto académico cumplen papeles o responsabilidades con altas exigencias y dificultades psicosociales que limitan su bienestar. Aunque existen algunos reportes sobre la salud mental de estos grupos, las intervenciones psicosociales regularmente se realizan en un contexto institucional sólo cuando el individuo solicita la atención especializada derivada de una afección. Es decir, se centran en disminuir el malestar emocional y sólo algunos programas se enfocan en mejorar alguna dimensión del bienestar.

Bajo el marco clínico-comunitario, la salud mental comunitaria considera el *modelo de bienestar* de Lin y Ensel (1989, citado en Buelga y Musitu, 2009) como la relación entre los estresores (sociales, psicológicos y fisiológicos) y sus recursos de afrontamiento: a mayor cantidad de recursos mayor bienestar. Esto implica la necesidad de dotar de recursos a los grupos vulnerables de estrés que no son prioritarios para los servicios de salud.

Arenas *et al.* (2021) han enfatizado que los programas preventivos se enfocan en evitar la enfermedad, sin incluir a poblaciones latentes de riesgo y regularmente las instituciones educativas no promueven la formación de profesional en la salud multidimensional; es decir, no consideran los determinantes sociales de la salud, y aunque todos los profesionales de la salud intervenciones en la prevención de la enfermedad (malestar), sólo algunos profesionales aplican procedimientos para la promoción del bienestar.

Intervenciones para mejorar el bienestar

Un metaanálisis de van Dierendonck y Lam (2023) describió y reportó el tamaño del efecto de las estrategias que promueven el bienestar. Algunas de ellas (la atención plena, la escritura expresiva y la intervención fisiológica), por su facilidad y duración de práctica, son útiles para su aplicación en diversos contextos ecológicos. Éstos concuerdan con la propuesta de intervención psicosocial para fomentar el bienestar familiar desarrollada por Pérez (2020), cuyas medidas son conductuales y fisiológicas (temperatura de la piel y frecuencia cardíaca). De hecho, Brown *et al.* (2022) publicaron un estudio sobre el bienestar y la regulación emocional como función nerviosa parasimpática y el bienestar psicológico. Una medida objetiva del estado afectivo es la temperatura de la piel (Shaffer, Combatalade y Peper, 2016), un indicador del nivel de estrés cuando la temperatura es baja, mientras que, cuando se eleva se asocia con tranquilidad.

Una de las estrategias de regulación emocional que ha reportado beneficios psicosociales (conducta prosocial, funcionamiento cognitivo y emocional), promueve el bienestar (Laca *et al.*, 2017) y disminuye el estrés es la atención plena (Engert *et al.*, 2023) la cual se define como una capacidad cognitiva sobre la focalización de la atención en las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones, sin juzgar la experiencia. Con base en Collard (2015), fue Richard Davidson uno de los primeros investigadores en la práctica de la atención plena sobre las emociones y el bienestar: la práctica regular de la meditación y la compasión cambia la reactividad emocional sosteniendo la calma. Incluso observó un cambio discreto pero significativo en personas con poco entrenamiento.

La práctica de la atención plena y compasión es un procedimiento para la reducción de estrés y de promoción de bienestar y se puede instruir por profesionales de la salud mental desde

el aula universitaria, con una duración breve (5 a 10 minutos), continua (semanalmente), lo cual puede ser replicado por los estudiantes de intervención psicosocial para su práctica profesional. En el presente trabajo se exploraron sus efectos en tres grupos con estrés crónico.

Estudiantes universitarios

En México, diversos estudios han descrito los niveles de estrés, ansiedad y depresión que padecen los estudiantes universitarios, permeando su salud física (dolor de cabeza, migraña) y mental (inquietud, ansiedad y depresión) y con ello su bienestar (Silva, López y Meza, 2020).

Fuentes de estrés psicosocial: la carga excesiva de tareas con alta exigencia, el tiempo limitado para hacer sus actividades, horas de sueño escasas, deberes familiares, problemas de concentración (Barrón & Armenta, 2021) y dificultades de interacción interpersonal positiva, mediados por el entorno socioeconómico y las relaciones familiares. Montiel, Pérez y Sánchez (2020) sugieren la importancia de mejorar la salud mental mediante la intervención universitaria.

Cuidadores principales informales

Un cuidador primario informal es la persona que asume la responsabilidad de apoyar a otra que padece una enfermedad crónica no transmisible, en todas sus necesidades, funciones y actividades, durante la mayor parte del día (Gérain y Zech, 2019; Suárez *et al.*, 2021). Eventualmente desarrollan alteraciones físicas y psicosociales por el estilo de vida, afectando su salud y comprometiendo su bienestar. Existen algunas intervenciones psicosociales orientadas a reducir el estrés; sin embargo, éstas se brindan en las instituciones de salud en donde atienden a sus personas dependientes y son escasos los reportes de intervenciones psicosociales en el contexto ecológico: domicilios, espacios públicos o centros comunitarios. Un modelo de intervención psicosocial comunitario en México para cui-

dadores informales para promover la salud, reducir el estrés, la expresión emocional y la generación de redes de apoyo sociales para generar metas comunitarias lo propuso Carranza (2021), en el que la evidencia recabada tendrá un alcance cuasiexperimental (Buelga y Musitu, 2009) para promover el bienestar psicosocial.

Fuentes de estrés psicosocial: sobrecarga de estrés físico (fatiga, agotamiento), reactividad emocional, sentimientos de frustración, irritabilidad, escasa percepción y recepción de apoyo social, aislamiento social y limitaciones económicas (Gérain y Zech, 2019).

Mujeres sobrevivientes de cáncer

Un sobreviviente de cáncer es la persona que ha vivido cinco años o más después del diagnóstico (Mols, *et al.*, 2005). Entre las consecuencias psicológicas se encuentran: ansiedad, depresión, dolor (físico y emocional) y estrés (Hernández *et al.* 2020). Para contrarrestar el malestar emocional y promover el bienestar mediante la aceptación se han desarrollado intervenciones basadas en atención plena (Jing *et al.*, 2021; Kang *et al.*, 2021), entre las cuales las que arrojan mayor evidencia son las compasivas (Pace *et al.*, 2019; Oswald *et al.*, 2022), definidas como el deseo de aliviar y evitar el sufrimiento propio y de otras personas (Asensio, Magallón y García, 2017; Conversano *et al.*, 2020). En México, la temperatura de la piel se ha utilizado como indicador de relajación en esta población (Báñez *et al.*, 2017).

Fuentes de estrés psicosocial: agotamiento físico (por enfermedad y tratamiento oncológico), sentimientos de frustración, escasa percepción de apoyo social, aislamiento social.

Estudio 1. Salud mental, bienestar subjetivo y expresión emocional en estudiantes universitarios: un estudio exploratorio sobre la práctica de la atención plena

Objetivo

Entrenar a los estudiantes de la licenciatura en Psicología Social en las técnicas de evaluación e intervención psicosocial para el diagnóstico y promoción del bienestar, que permita analizar el funcionamiento psicosocial y asistir a campo para su aplicación comunitaria.

Participantes

Participaron voluntariamente 20 estudiantes de la licenciatura en Psicología Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, de los cuales 80% fueron mujeres, con una edad media = 23 (± 1.89) años. Las normas éticas se apegaron a los apartados 3.10, 4.01, 8.01, 8.02 y 8.05 del código de ética de la American Psychological Association (APA, (2010).

Materiales e instrumentos

Se aplicaron medidas psicométricas sobre salud mental (ansiedad, alexitimia), bienestar, malestar psicológico y afecto. Todas las medidas son confiables y validadas en población mexicana (tabla 1). Además, se registró la temperatura de la piel intra-sesión.

Tabla 1. Medidas psicosociales

Variable	Medida	Validado en México	Confiabilidad
Aniedad	Generalized Anxiety Disorder (GAD) (Kroenke, 2007). Escala de tamizaje sobre presencia de ansiedad generalizada, de dos reactivos, con un punto de corte 3, existe la presencia del trastorno de ansiedad generalizada.	Gaitán <i>et al.</i> (2021)	$\alpha = .86$
Alexitimia	Escala de Toronto de Alexitimia (TAS-10) (Taylor, 1985). Se utilizó la versión corta de 10 reactivos, con dos dimensiones: dificultad para identificar emociones y sentimientos propios, y dificultad para expresar emociones.	Weisel (2007)	$\alpha = 0.77$
Atención plena	Inventario Friburgo de Mindfulness (IFM-14) (Walach <i>et al.</i> , 2006). Instrumento autoaplicable, se compone de 14 reactivos sobre atención plena y aceptación.	Verduzco y Arocena (2017)	$\alpha = 0.86$
Afecto positivo y afecto negativo	Escala de afecto positivo y afecto negativo (APAN-M). Consta de 20 reactivos que describen adjetivos asociados a sentimientos y emociones donde 10 son de valencia positiva y 10 de valencia negativa.	Velasco <i>et al.</i> (2021)	$\alpha = 0.92$
Bienestar subjetivo	Escala de bienestar subjetivo (EBS-8). Es un instrumento autoaplicable de ocho reactivos, donde a mayor puntaje, mayor es el nivel de bienestar subjetivo, el cual se conforma de dos factores: satisfacción por la vida y afecto positivo.	Calleja y Mason, (2020)	$\alpha = 0.95$
Malestar emocional	Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) (Kessler, 2010). Escala autoaplicable de 10 reactivos sobre malestar psicológico referentes a síntomas de ansiedad y depresión.	Santos, Ortega y Galindo (2023)	$\alpha = 0.90$

Termómetro infrarrojo sin contacto; para examinar el efecto directo de las técnicas de atención plena se utilizó el termómetro infrarrojo libre de contacto, DM300, con el cual se pudo valorar la temperatura de la piel como indicador de estrés/calma (Rodríguez *et al.*, 2018).

Técnicas de atención plena: instrucciones para prestar atención en el presente, sin juzgar la experiencia, con una duración entre 5 y 10 minutos, las cuales fueron aplicadas con base en el programa de *mindfulness* de Tovar, Orozco e Ibarra (2020) y Collard (2015) (tabla 2).

Tabla 2. Técnicas de atención plena y compasión

Técnica	Objetivo
Respira con atención plena	Prestar atención a la respiración y a cada sensación corporal sin juzgarla.
Escaneo corporal	Se recorre la atención a diversas partes del cuerpo, si están tensas o adoloridas, y qué emoción las acompaña para convivir con esa sensación amablemente.
Meditar etiquetando	Se trata de nombrar toda percepción, diferenciando entre emoción, pensamiento, sensación o impulso, sin juzgar ninguno de éstos.
Soltar, paz, aceptar	Consiste en entrenar el manejo de las emociones difíciles con compasión, consistiendo en reconocer el dolor y permanecer con él, aceptándolo de una manera compasiva.
Respiración compasiva	Se toma consciencia de la respiración, colocando las manos en el corazón al tiempo que se dicen palabras compasivas a uno mismo, para luego pensar en una persona que suscite seguridad y sentimientos agradables, para luego regresar al presente.
Autocompasión	La compasión es la experiencia compartida del sufrimiento en un “resonar” particular para desear paz a uno mismo y a los demás.
Amor y bondad	Se lleva la atención hacia personas que se aman, que han sido amables, generosas, así como a las personas con las que convive en su entorno, su comunidad, y a todos los seres vivos.

Escritura expresiva (EE) (Pennebaker, 1987; adaptado por Carreño, Galindo y Domínguez, 2021): es un protocolo de revelación emocional que consta de cuatro escritos, realizados durante 5 minutos cada uno de ellos, en donde se solicita escribir sobre una experiencia dolorosa, que no hayan revelado a ninguna persona, anotando las emociones experimentadas durante el evento (tabla 3).

Tabla 3. Ejercicios de escritura expresiva

Ejercicio	Descripción
A	Se escribe la experiencia dolorosa personal, preocupante, estresante, como la recuerde, en primera persona.
B	Se le pide al participante volver a escribir lo mismo que relató en el ejercicio A, con una nueva indicación: incorporar, de una lista de palabras afectivas y frases causales que se le presentan a su vista, aquellas que mejor se acomoden a su experiencia.
C	Nuevamente se le solicita describir su experiencia personal, pero ahora se le indica escribir en tercera persona: ella sintió, ella pensó.
D	En este último ejercicio se le solicita a la persona escribir una solución a su experiencia personal o cómo le hubiera gustado que hubiese ocurrido.

Procedimiento

Se recolectaron las medidas psicométricas antes y después del entrenamiento en atención plena y la escritura expresiva durante siete sesiones semanales, en una sala ventilada, con iluminación natural; los universitarios se presentaron a sus actividades cotidianas para su práctica en campo. Al llegar a la sala, se aclimataron a la temperatura ambiente al menos 15 minutos. Posteriormente, se registró su temperatura de la piel en la mano izquierda antes y después de cada práctica de atención plena (tabla 4).

Tabla 4. Actividades de cada sesión

Sesión	Actividad
1	Contacto inicial y aplicación de los instrumentos pre-intervención
2	Técnica de atención plena: respiración con atención plena y escritura expresiva
3	Técnica de atención plena: escaneo corporal
4	Técnica de atención plena: meditación etiquetado
5	Técnica de atención plena: SPA (suelta, paz, acepta)
6	Técnica de atención plena: respira con compasión
7	Técnica de atención plena: compasión Técnica de atención plena: amor y bondad Aplicación de los instrumentos post-intervención.

Análisis de datos

Mediante el software *Jamovi* 2.3.18 se examinó la distribución normal de los datos Shapiro Wilk. Para evaluar el efecto pre / post-intervención se aplicó el estadístico T de Student para muestras apareadas, o bien, la W de Wilcoxon. Para evaluar el funcionamiento psicosocial se aplicó una matriz de correlaciones de Spearman. Se consideró una significancia de $p \leq 0.05$ y el tamaño del efecto (TE). Adicionalmente, se registró el lenguaje de la escritura expresiva mediante la herramienta en la web *WordItOut*, para generar nubes de palabras.

Resultados

Medidas psicosociales de salud mental y bienestar

El análisis del funcionamiento psicosocial en los universitarios presentó algunas correlaciones moderadas y otras estrechas (tabla 5). El bienestar subjetivo se asoció directamente con la atención plena e inversamente con la ansiedad; la alexitimia se correlaciona negativamente con la atención plena.

Tabla 5. Matriz de correlaciones psicosociales

	Aniedad	Alexitimia	Dificultad de identificación emocional	Dificultad de expresión emocional	Afecto positivo	Afecto negativo	Malestar emocional	Atención plena	Bienestar subjetivo	Satisfacción por la vida	Estado positivo
Aniedad	—										
Alexitimia	0.258	—									
Dificultad de identificación emocional	0.518 *	0.763 ***	—								
Dificultad de expresión emocional	-0.120	0.795 ***	0.261	—							
Afecto positivo	0.518 *	0.763 ***	1.00 ***	0.261	—						
Afecto negativo	-0.120	0.795 ***	0.261	1.00 ***	0.261	—					
Malestar emocional	0.660 **	0.293	0.391	0.061	0.391	0.061	—				
Atención plena	-0.417	-0.53 *	-0.685 ***	-0.166	-0.68 ***	-0.166	-0.420	—			
Bienestar subjetivo	-0.508 *	-0.294	-0.249	-0.164	-0.249	-0.164	-0.378	0.649 **	—		
Satisfacción por la vida	-0.419	-0.184	-0.146	-0.082	-0.146	-0.082	-0.348	0.581 *	0.955 ***	—	
Estado positivo	-0.519 *	-0.418	-0.371	-0.260	-0.371	-0.260	-0.366	0.644 **	0.961 ***	0.863 ***	—

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

El análisis pre / post-intervención sobre las puntuaciones psicométricas reveló que la práctica de la atención plena y la escritura expresiva redujo la alexitimia, con un tamaño del efecto grande, así como un incremento en la capacidad de la atención plena. El incremento sobre el bienestar subjetivo fue leve (tabla 6). El afecto positivo no presentó cambios significativos, siendo el más importante el nivel de *calma* y *bienestar*, con un tamaño del efecto mediano ($r = 0.43$ y $r = 0.47$), respectivamente.

Tabla 6. Efectos de la intervención sobre las variables psicosociales

Variable	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Ansiedad	2.5	2.5	W = 44	0.94	-0.03
Alexitimia	24	13.5	W = 17	0.003	-0.8
- Dificultad para identificar emociones	11.70 (6.50)	6.95 (6.07)	T = - 3.42	0.003	-0.76
- Dificultad para expresar emociones	11.75 (6.91)	8.90 (6.49)	T = - 2.73	0.013	-0.61
Atención plena	30.75 (7.75)	36.25 (7.31)	T = 3.54	0.002	0.79
Bienestar subjetivo	29.33 (8.31)	32.22 (10.51)	T = 1.33	0.19	0.31
- Satisfacción por la vida	13.83 (4.30)	15.28 (5.59)	T = 1.33	0.2	0.31
- Afecto positivo	15.50 (4.16)	16.94 (5.07)	T = 1.29	0.21	0.3
Malestar psicológico	25.50 (8.44)	24.60 (8.65)	T = - 0.47	0.64	-0.1

Nota: las puntuaciones de las escalas de ansiedad y alexitimia presentaron una distribución no normal, por lo que se presentan las medianas en estas dos variables. p = valor de significancia estadística; TE = tamaño del efecto (r para los análisis W de Wilcoxon, y d de Cohen para las pruebas T de Student).

Efecto de la práctica de la atención plena sobre la temperatura de la piel
La práctica de las técnicas de atención plena incrementó la temperatura de la piel en seis de siete sesiones de práctica de

atención plena, con un tamaño del efecto grande. La técnica de autocompasión fue la que mayor aumento de temperatura indujo, el cual se asocia con un menor estado de estrés (tabla 7).

Tabla 7. Efecto de la práctica de atención plena sobre la temperatura de la piel °C

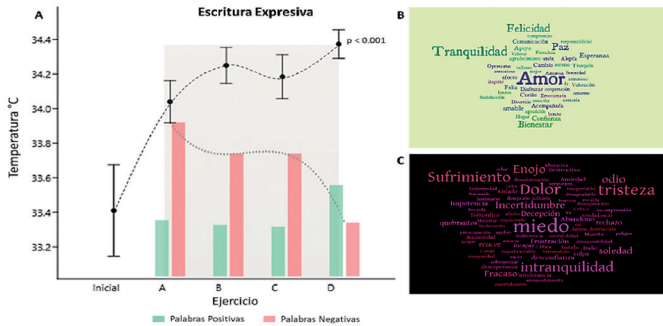
Técnica	Pre	Post	Estadístico	p	TE
Respira con atención plena	33.1 (0.69)	33.8 (0.92)	T = 3.79	0.002	0.91
Escaneo corporal	33.3 (0.95)	34.0 (0.58)	T = 3.42	0.003	0.76
Meditar etiquetando	32.4 (1.02)	32.9 (0.95)	T = 4.28	< 0.001	1.10
Soltar, paz y aceptar	34.1 (0.88)	34.7 (0.57)	T = 3.93	0.002	1.01
Respira con compasión	32.5 (0.69)	32.6 (0.77)	T = 1.55	0.148	0.42
Autocompasión	32.5 (1.10)	33.6 (0.54)	T = 3.79	< 0.001	1.26
Amor y bondad	33.5 (0.70)	34.0 (0.72)	T = 4.14	< 0.001	0.97

Lenguaje afectivo sobre la escritura expresiva

Los ejercicios de revelación emocional también presentaron un efecto, tanto en el lenguaje afectivo, como en la temperatura de la piel. En esta última se observó un aumento significativo ($X^2 = 39.1$, (4), $p < 0.001$), cuyo comportamiento fue inversamente proporcional a la disminución del lenguaje afectivo negativo. Es decir, en cada ejercicio se mencionaban menos palabras con carga afectiva negativa, la temperatura de la piel aumentaba (figura 2A).

El análisis de palabras con carga afectiva se muestra en las figuras 2B (palabras positivas) y 2C (palabras negativas). Se destaca la emoción social del amor como sentimiento positivo central durante la escritura, seguido de tranquilidad; mientras que, las emociones negativas como el miedo, el sufrimiento, el dolor y la tristeza se manifestaron con mayor frecuencia durante la escritura expresiva.

Figura 3. Efecto de la escrita expresiva sobre la temperatura de la piel y el lenguaje afectivo



Discusión

El procedimiento de escritura expresiva y la práctica continua de la atención plena tuvieron un efecto sobre el nivel de alexitimia; un aumento en la temperatura de la piel (asociado a una mayor tranquilidad) y un incremento sobre el puntaje de la escala de atención plena. Estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores sobre la práctica de la revelación emocional. Sin embargo, la práctica de estos procedimientos, si bien favorece la salud emocional, tiene un efecto a nivel individual para aquellas personas que practican y queda pendiente examinar su efecto a largo plazo. Además, por ser una muestra no probabilística, se debe considerar que los resultados encontrados en este grupo no son generalizables.

Cabe mencionar el contexto de los universitarios que participaron en este estudio, ya que varios de ellos provienen de ambientes familiares socioeconómicamente adversos que difícilmente promueven la expresión emocional, una elevada carga académica, además del momento histórico pospandémico de regresar a clases presenciales luego de un prolongado confinamiento y un periodo de clases vía remota que no favoreció la atención y que pudieron limitar su desarrollo psicosocial y académico universitario típico.

No obstante, los resultados fueron alentadores para el propósito planteado: familiarizar a los universitarios que intervendrán

en campo psicosocial con los procedimientos de evaluación y de intervención para favorecer el bienestar. Cabe destacar que estos procedimientos se pueden aplicar en diversos escenarios públicos, colectivamente, aunque se debe examinar su utilidad psicosocial comunitaria.

Estudio 2. Salud mental, bienestar subjetivo y expresión emocional en cuidadores principales informales: un estudio exploratorio

Objetivo

Luego de entrenar a los estudiantes en las técnicas de evaluación e intervención para la promoción de bienestar basada en atención plena y escritura expresiva, se exploró su funcionamiento en otra población blanco vulnerable de estrés crónico: cuidadoras principales informales (CPI), de una colonia marginada al oriente de la Ciudad de México.

Participantes

Participaron voluntariamente 11 mujeres y un varón CPI, con una edad media = 51.33 (± 8.17) años, cuya escolaridad era básica (57%) y el 33.3% contaba con educación media superior. Todos reportaron al menos una enfermedad crónica no transmisible (diabetes, hipertensión). Los datos éticos se apegaron a los apartados del código de ética de la APA (2010).

Materiales e instrumentos

Los mismos reportados que en estudio 1, con la excepción de aplicación de las técnicas de atención plena de *autocompasión* y *amor y bondad*.

Procedimiento

Se aplicó la intervención psicosocial en campo, en el ambiente más ecológico posible: el hogar o espacio comercial de trabajo del CPI. Semanalmente, se fue a los domicilios o sitios de tra-

bajo; se realizó el primer contacto, aplicación de instrumentos psicométricos y registro de temperatura, y luego siguió el flujo de las actividades, semejante al del estudio 1, que aparecen descritos en la tabla 8. La única diferencia fue la repetición de las técnicas de atención plena en dos ocasiones consecutivas, además de agregar un espacio de escucha activa para retroalimentar a las CPI y mediante la expresión afectiva.

Tabla 8. Aplicación de la atención plena, escritura expresiva en CPI

Sesión	Actividad
1	Aplicación de instrumentos pre-intervención Técnica de atención plena: respira con atención plena
2	Ejercicio A de escritura expresiva Técnica de atención plena: respira con atención plena
3	Ejercicio B de escritura expresiva Técnica de atención plena: escaneo corporal
4	Ejercicio C de escritura expresiva Técnica de atención plena: escaneo corporal
5	Ejercicio D de escritura expresiva Técnica de atención plena: meditar etiquetando
6	Técnica de atención plena: meditar etiquetando
7	Técnica de atención plena: suelta, paz, acepta
8	Técnica de atención plena: suelta, paz, acepta Escucha activa. Aplicación de instrumentos post-intervención

Resultados

Medidas psicosociales de salud mental y bienestar

La ansiedad, la alexitimia y el malestar emocional se asociaron directamente. La atención plena se correlacionó inversamente con la dificultad para identificar emociones y directamente con el afecto positivo, al igual que el bienestar subjetivo (tabla 9). La atención plena, el bienestar subjetivo mostraron un incremento, pero sólo este último fue significativo ($p = 0.038$, $d = 0.67$);

en particular, el *afecto positivo* con un efecto grande (0.018, $d = 0.8$). La *calma* fue el único afecto que incrementó al finalizar la intervención ($p = 0.038$, $r = 1$).

Efecto de la práctica de la atención plena sobre la temperatura de la piel
Las técnicas de atención plena que lograron aumentar la temperatura de la piel significativa y moderadamente fueron: *escaneo corporal* ($p = 0.007$, $d = 0.6$) y *meditar etiquetando* ($p = 0.01$, $d = 0.68$). El resto de las estrategias incrementaron leve pero no significativamente la temperatura de la piel, aunque con una tendencia creciente sesión a sesión.

Lenguaje afectivo sobre la escritura expresiva

De manera semejante a los universitarios, las personas CPI iniciaron expresando su malestar emocional, predominando la carga afectiva negativa en el ejercicio A, pero cuando se mostró la lista de palabras afectivas se niveló la carga afectiva positiva y nuevamente se invirtió en el ejercicio D. El análisis del lenguaje con carga afectiva mostró que la *tranquilidad* fue el estado afectivo que predominó después de la práctica atención plena y la escritura expresiva, seguido de *dolor* y *amor*, además de *enojo*, *tristeza* y *paz*. La figura 3 muestra la nube de palabras afectivas positivas y negativas.

Figura 4. Nube de palabras: lenguaje afectivo durante la escritura expresiva en personas CPI



Discusión

Las personas CPI son un pilar social para los problemas de salud pública, pero son invisibilizadas por el sistema sanitario y

apenas registradas por el Sistema Público de Cuidados de la alcaldía Iztapalapa, en la Ciudad de México. Su sobrecarga de cuidado hacia el familiar dependiente, su perfil sociodemográfico limitado económica, educativa y socialmente limita su salud y bienestar en cada una de las dimensiones descritas al inicio del presente capítulo.

Las intervenciones psicosociales son escasas en este sector y se pueden hacer esfuerzos de salud comunitaria por acercar a estas personas el acompañamiento psicosocial que les permita reducir su estrés, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover las redes de apoyo social. Los procedimientos utilizados sugieren una mejoría parcial para su nivel de bienestar, aumentando la calma.

Solo dos de las técnicas de atención plena incrementaron su temperatura significativamente, aunque el resto de los ejercicios también fueron aumentando su temperatura sesión a sesión, lo cual sugiere una menor respuesta de estrés.

Es necesario considerar que no todas las personas estuvieron expuestas a las mismas fuentes de estrés ambiental (familiar o laboral), el ruido y hasta la humedad de algunos sitios, o bien las actividades cotidianas de tener que atender sus empleos o cuidados familiares les impedían concentrarse. Estos resultados implican que las intervenciones psicosociales interactúan con las situaciones contextuales, pues se cubrieron parcialmente los objetivos propuestos para mejorar el bienestar en este grupo de personas con estrés crónico.

Las personas cuidadoras que participaron en este estudio exploratorio fueron un grupo heterogéneo en las exigencias de los cuidados que brindan, pues no todos cuidan de las personas con la misma enfermedad. En contraste, un grupo homogéneo (que comparta la misma circunstancia), bajo condiciones libres de distractores ambientales que se inicia en la práctica de la atención plena, podría beneficiarse más para la reducir el estrés; en particular, si se agrega el componente compasivo, como lo propone Moreno-Coutiño (2024).

Estudio 3. Evaluación psicosocial e intervención de sesión única en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama

Objetivo

Evaluar los niveles de bienestar subjetivo, estrés, ansiedad, depresión y soledad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama y examinar el efecto de una sesión única de intervención basada en atención plena sobre la temperatura de la piel.

Participantes

Aceptaron participar 27 mujeres sobrevivientes de cáncer con una edad media = 65.24 ($\pm$ 9.92) años, cuya escolaridad mediana era educación media superior. Todas pacientes del grupo oncológico *Ave Fénix*, del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México.

Materiales e instrumentos

Se utilizaron instrumentos psicosociales de autorreporte, confiables y validados en México sobre estrés, ansiedad, depresión, soledad y bienestar subjetivo (tabla 10).

Tabla 10. Medidas psicosociales de salud mental y bienestar subjetivo

Variable	Medida	Validado en México	Confiabilidad
Bienestar subjetivo	Escala de bienestar subjetivo (EBS-8), descrita en la tabla 1.	Calleja <i>et al.</i> (2020)	$\alpha = 0.95$
Estrés	Escala de estrés percibido (pss-4). Instrumento autoaplicable de 4 re-activos, con opciones de respuesta tipo Likert.	Flores <i>et al.</i> (2022)	$\alpha = 0.78$
Ansiedad	Generalized Anxiety Disorder (GAD) (Kroenke, 2007), descrita en la tabla 1.	Gaitán <i>et al.</i> (2021)	$\alpha = .86$

(continuación)

Variable	Medida	Validado en México	Confiabilidad
Depresión	Cuestionario del paciente de salud (PHQ-2). Instrumento autoaplicable de 2 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert, sobre el ánimo en las últimas 2 semanas	Arrieta <i>et al.</i> (2017)	No reporta α . Sensibilidad y Especificidad: 80% y 86.8%.
Soledad	Escala de soledad de la UCLA. Instrumento de autorreporte de 20 reactivos en escala tipo Likert.	Serrano (2018)	$\alpha = 0.89-0.94$

Procedimiento

Se contactó a la médico oncóloga y líder del grupo, la Dra. Patricia Cortés Esteban, a fin de realizar una valoración psicosocial de tamizaje sobre estrés, ansiedad, depresión soledad y bienestar al grupo Ave Fénix, para también trabajar en la misma sesión el ejercicio de atención plena compasiva de amor y bondad y examinar sus efectos sobre la temperatura de la piel.

Una vez que aceptaron participar en el ensayo de sesión única, los estudiantes universitarios del año terminal en “Evaluación e intervención psicosocial” de la licenciatura en Psicología Social de la UAM-I aplicaron las medidas psicosociales de salud mental y bienestar. Posteriormente, se registró la temperatura de la piel de las sobrevivientes de cáncer. A continuación, se aplicó la técnica de atención plena compasiva. Al finalizar, se volvió a registrar la temperatura de la piel y se les solicitó escribir en una hoja su experiencia emocional.

Resultados

Medidas psicosociales de salud mental y bienestar

El 14.8% de las participantes presentó un nivel medio alto de bienestar subjetivo; el 44.4% manifestó un nivel medio bajo; mientras que el 40% reportó un nivel escaso. Además, el 24% del grupo reportó sintomatología ansiosa y depresiva. Se encontró una asociación inversa entre el bienestar con el estrés, la ansiedad, la depresión y la soledad (tabla 11).

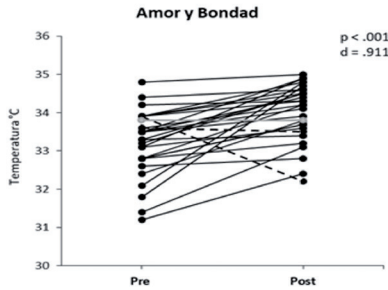
Tabla 11. Matriz de correlaciones entre el bienestar subjetivo, estrés, ansiedad, depresión y soledad

	Bienestar subjetivo		Satisfacción por la vida		Afecto positivo		Estrés		Ansiedad		Depresión		Soledad	
Bienestar subjetivo	—													
Satisfacción por la vida	0.981	***	—											
Afecto positivo	0.932	***	0.869	***	—									
Estrés	-0.635	**	-0.609	**	-0.520	*	—							
Ansiedad	-0.427		-0.397		-0.398		0.59	**	—					
Depresión	-0.672	***	-0.655	**	-0.632	**	0.72	***	0.70	***	—			
Soledad	-0.583	**	-0.572	**	-0.489	*	0.76	***	0.63	**	0.852	***	—	
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001														

Efecto de la práctica de la atención plena compasiva sobre la temperatura de la piel

La práctica de la atención plena compasiva en las mujeres sobrevivientes de cáncer aumentó la temperatura de la piel con un tamaño del efecto grande ($T = 4.99$, $p < 0.001$, $d = 0.911$) (figura 5).

Figura 5. Efecto de la atención plena compasiva sobre la temperatura de la piel



Nota: cada punto representa una persona sobreviviente de cáncer de mama. Las líneas sólidas corresponden a las personas que incrementaron su temperatura y las punteadas, a las que la disminuyeron.

Análisis del lenguaje afectivo de la experiencia de la atención plena compasiva

En la figura 5 se presenta la nube de palabras con carga afectiva y su análisis según su naturaleza (con base a Pennebaker, 1987, citado en Carreño, Galindo y Domínguez, 2021). De la experiencia de experimentar compasión, percibieron emociones sociales (figura 6A), donde se desprenden aquéllas provocadas por condiciones de vida favorables y empáticas; aquéllas provocadas por condiciones de vida desfavorables, y algunas existenciales (figura 6B). Las que más se expresaron fueron la gratitud, la tranquilidad y la paz, todas con valencia positiva.

Figura 6. Análisis del lenguaje afectivo que manifestaron las participantes post-atención plena *compasiva*



Discusión

Son escasos los estudios psicosociales sobre las sesiones únicas de atención plena en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. El objetivo fue valorar su funcionamiento psicosocial y examinar el efecto de la atención plena compasiva sobre la temperatura de la piel. Una de cada cuatro mujeres de este grupo manifestó problemas emocionales, mientras que cuatro de cada cinco reportaron un nivel por debajo de la mediana de bienestar subjetivo.

Similar a lo reportado en la revisión de Moieni y Eisenberger (2018), la soledad, o sentimiento de desconexión social aumenta el riesgo de estrés crónico, ansiedad y depresión, mientras que el bienestar se relaciona inversamente con estas variables.

Por otra parte, experimentar sentimientos de amor y bondad induce una sensación subjetiva agradable con un incremento en la temperatura de la piel. El análisis del lenguaje afectivo es consistente con la respuesta corporal, donde experimentar paz, gratitud, tranquilidad se asocia con el bienestar subjetivo, el cual aumenta la temperatura de la piel. Aunque hay que mencionar que la mayoría de estas emociones sociales se expresan luego de haber experimentado situaciones adversas, semejante a la satisfacción de experimentar alivio, luego de un malestar.

Las limitaciones de este tipo de estudios es que no se puede generalizar a otras poblaciones por el diseño y muestra no probabilística del estudio; sin embargo, el alcance exploratorio del presente es alentador. La temperatura de la piel se sugiere como un indicador corporal del estado afectivo, cuando aumenta, mejora la calma.

Conclusiones

Padecer estrés crónico por una o más fuentes psicosociales aumenta los factores de riesgo para la salud y grado de malestar. Por el contrario, promover el bienestar, en sus tres dimensiones, mejora la salud. Sin embargo, las situaciones contextuales pue-

den agravar los factores de riesgo, reduciendo el bienestar físico, emocional y social.

Los grupos intervenidos en el presente estudio comparten algunas fuentes de estrés social en común: la falta de conexión social (positiva o agradable) limita la expresión emocional. La práctica de la atención plena y la compasión favorece el bienestar físico (incrementando temperatura de la piel como indicador de reducción del estrés), el bienestar emocional (promoviendo afectos positivos) y el bienestar social (cultivando la compasión, interés por aliviar el sufrimiento propio y de los demás, alentando el comportamiento prosocial).

Sin embargo, sus perfiles psicosociales son heterogéneos. Por ejemplo, en los estudiantes universitarios y en el grupo de mujeres sobrevivientes de cáncer correlacionó negativamente el grado de estrés con el de bienestar, pero esta asociación no se encontró en las personas cuidadoras primarias. Además, el puntaje de bienestar correlacionó positivamente con el nivel de atención plena tanto en los universitarios como en las cuidadoras.

Por otra parte, las emociones autorreportadas después de la intervención en los universitarios y en las personas cuidadoras fueron distintas: en los primeros, las emociones negativas que se desprendieron de los procedimientos de revelación emocional están más asociados con sus factores contextuales; mientras que los universitarios lo que más experimentaron fue miedo, en las personas cuidadoras fue el dolor.

En contraste, al terminar la práctica de la atención plena, los tres grupos reportaron haber experimentado tranquilidad, lo cual es consistente con la respuesta psicofisiológica de aumento de temperatura de la piel.

Para incrementar el bienestar se pueden incorporar otros procedimientos psicosociales, por ejemplo, habilidades sociales (verbales y no verbales) que mejoren las interacciones sociales. Además, desde la psicología social de la salud es oportuno promover y/o mantener comportamientos saludables en el contexto ecológico; por ejemplo, la actividad física en los espa-

cios públicos (parques, centros comunitarios, plazas públicas); la expresión emocional sin juzgar a la persona que tiene dificultad para lidiar con su situación.

En suma, es recomendable trasladar los procedimientos con evidencia (pese a las limitaciones de validez externa, debido a las restricciones cuasiexperimentales que marca Buelga y Misitu (2009) en el marco de las intervenciones clínico-comunitario) a contextos ecológicos de las poblaciones con estrés crónico, como la práctica de la atención plena y la compasión, la expresión emocional y la escucha activa, que en conjunto pueden reducir el estrés y promover el bienestar.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [APA] (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 1 – 16. Recuperado de <https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf>
- ARENAS, L. Arillo, E., Betanzos, A., Jiménez, A., Márquez, M., Rangel, H., Rodríguez, R., Rueda, C. y Villanueva M. (2021). *Promoción de la salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Promocion_Salud.pdf>
- ARRIETA, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz Panozo, E., Rodríguez Gutiérrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D. y Franke, M. F. (2017). "Validity and utility of the patient health questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: A cross-sectional study: PHQ-9 validity for depression diagnosis", *Journal of Clinical Psychology*, 73(9): 1076-1090. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- ASENSIO MARTÍNEZ, A., Magallón Botaya, R. y García Campayo, J. (2017). "Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir *mindfulness* y compasión", *Mindfulness & Compassion*, 2(2): 86-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.08.001>
- BARRÓN, M. y Armenta, L. (2021). "Efectos del estrés en el rendimiento académico de los estudiantes de la licenciatura de Psicología", *Revista de Investigación*

- Académica sin Frontera: División de Ciencias Económicas y Sociales* (36). DOI: <https://doi.org/10.46589/rdiasf.vi36.388>
- BALIZ, P., Ornelas, P., Álvarez, A., Cruz, A. y Montero, M. (2017). "Efecto de la imaginación e imaginaria espiritual en el dolor y temperatura en pacientes con cáncer", *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7 (2): 78-88. Recuperado de <<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/62349>>
- BROWN, R. L., Chen, M. A., Paoletti, J., Dicker, E. E., Wu-Chung, E. L., LeRoy, A. S., Majd, M., Suchting, R., Thayer, J. F. y Fagundes, C. P. (2022). "Emotion regulation, parasympathetic function, and psychological well-being", *Frontiers in Psychology*, 13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879166>
- BUELGA, S. y Musitu, G. (2009). "Orientaciones clínico-comunitarias", en Buelga, S., Musitu, G., Vera, A., Ávila, M. y Arango, C. (eds.), *Psicología Social Comunitaria*. México: Trillas, pp. 55-80.
- CALLEJA, N. y Mason, T. A. (2020). "Escala de bienestar subjetivo (EBS-20 y EBS-8): construcción y validación", *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, RIDEP*, 55 (2): 185-201. DOI: <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.14>
- CARRANZA, M. (2021). "Construcción de un proyecto de intervención psicosocial comunitaria desde la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa", en J. Vázquez (ed.), *Experiencias de investigación desde la psicología social comunitaria (en diferentes regiones de México y aportaciones de Colombia y Costa Rica)*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, pp. 51-63.
- CARREÑO, C., Galindo, O. y Domínguez, B. (2021). "Manual de biofeedback y escritura emocional autorreflexiva del cuidador primario informal", en B. Domínguez (ed.), *Manual de uso clínico de mediciones autonómicas e inmunológicas en dolor y estrés*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 67-86.
- CONVERSANO, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A. y Poli, A. (2020). "Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review", *Frontiers in Psychology*, 11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>
- COLLARD, P. (2015). "Apego saludable y autoaceptación", en P. Collard (ed.), *Mindfulness para una vida compasiva*. Barcelona: Obelisco, pp. 90-91.
- ENGERT, V., Klimecki, O. M., Kanske, P. y the Mindful Universities Research Group (2023). "Spreading positive change: Societal benefits of meditation", *Frontiers in Psychiatry*, 14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1038051>

- EISENBERGER, N. I., Moieni, M., Inagaki, T. K., Muscatell, K. A. e Irwin, M. R. (2017). "In sickness and in health: The co-regulation of inflammation and social behavior", *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 42 (1): 242-253. DOI: <https://doi.org/10.1038/npp.2016.141>
- FLORES TORRES, M. H., Tran, A., Familiar, I., López-Ridauro, R. y Ortiz-Panozo, E. (2021). "Perceived Stress Scale, a tool to explore psychological stress in Mexican women", *Salud Pública de Mexico*, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.21149/12499>
- GAITÁN, P., Pérez, V., Vilar, M. y Teruel, G. (2021). "Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por COVID-19 en México", *Salud Pública de México*, 63 (4): 478-485. Recuperado de <<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12257>>
- GÉRAIN, P. y Zech, E. (2019). "Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving", *Frontiers in Psychology*, 10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
- HERNÁNDEZ, M., Ruíz, A., González, S. y González, A. (2020). "Ansiedad, depresión y estrés asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama", *Acta de Investigación Psicológica*, 10 (3): 102-111. DOI: <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (s.f.). "Estrés laboral" [en línea]. Recuperado de <<https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>>
- JING, S., Zhang, A., Chen, Y., Shen, C., Currin-McCulloch, J. y Zhu, C. (2021). "Mindfulness-based interventions for breast cancer patients in China across outcome domains: a systematic review and meta-analysis of the Chinese literature", *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29 (10): 5611-5621. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06166-0>
- KANG, C., Sun, S., Yang, Z., Fan, X., Yuan, J., Xu, L., Wei, Y., Tong, H. y Yang, J. (2021). "The psychological effect of internet-based mindfulness-based stress reduction on the survivors of breast cancer during the COVID-19", *Frontiers in Psychiatry*, 12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.738579>
- KESSLER, R.C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., Walters, E. E. y Zaslavsky, A. M. (2002). "Short screening scales to

- monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress", *Psychological Medicine*, 32 (6): 959-976. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- KROENKE, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., y Löwe, B. (2007). "Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection" *Annals of Internal Medicine*, 146 (5), 317-325. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- LACA, F. A., Mejía, J. C., Rodríguez, E. y Carrillo, E. (2017). "Avances en psicología del bienestar subjetivo: relación entre el *mindfulness* y la satisfacción con la vida", *Uaricha, Revista de Psicología*, 14 (32): 78-86. Recuperado de <http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/154>
- MOIENI, M. y Eisenberger, N. I. (2018). "Effects of inflammation on social processes and implications for health", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428 (1): 5. DOI: <https://doi.org/10.1111/nyas.13864>
- MOLS, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. y van de Poll-Franse, L. V. (2005). "Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review", *European Journal of Cancer*, 41 (17): 2613-2619. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.05.017>
- MONTIEL, M., Pérez, M. y Sánchez, V. (2020). «Estrés en estudiantes universitarios del área de Ciencias Sociales en la Ciudad de México», *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 11 (1): 19-33. DOI: <https://doi.org/10.29059/rpcc.20200617-101>
- MORENO-COUTIÑO, A. B. (ed.) (2024). *Atención plena compasiva para la salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- MURGUÍA, M., Bravo, A., Rico, A. y Sastrías, J. (2020). "Relación entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos", *Psicología Iberoamericana*, 28 (1). DOI: <https://doi.org/10.48102/piv28i1.201>
- OSWALD, L. B., Fox, R. S., Murphy, K. M., Salsman, J. M., Sanford, S. D., McDade, T. W. y Victorson, D. E. (2022). "Preliminary effects of mindfulness training on inflammatory markers and blood pressure in young adult survivors of cancer: Secondary analysis of a pilot randomized controlled trial", *International Journal of Behavioral Medicine*, 29 (5): 676-684. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10050-w>

- PACE, T. W. W., Dodds, S. E., Sikorskii, A., Badger, T. A., Segrin, C., Negi, L. T., Harrison, T. y Crane, T. E. (2019). "Cognitively-based compassion training *versus* cancer health education to improve health-related quality of life in survivors of solid tumor cancers and their informal caregivers: study protocol for a randomized controlled pilot trial", *Trials*, 20 (1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3320-9>
- PENNEBAKER, J. W. y Beall, S. K. (1986). "Enfrentarse a un evento traumático: hacia una comprensión de la inhibición y la enfermedad", *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (3): 274-281. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.3.274>
- PÉREZ, M. (2020). "Construcción de una intervención psicosocial para fomentar el bienestar familiar. Justificación teórica y metodológica", en M. Pérez (ed.), *Planeación, desarrollo y una experiencia de investigación-intervención psicosocial con familias en comunidad*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, pp. 191-194.
- RIVEROS, A. (2018). "Los estudiantes universitarios: vulnerabilidad, atención e intervención en su desarrollo", *Revista Digital Universitaria*, 19 (1). Recuperado de <<https://www.revista.unam.mx/2018v19n1/los-estudiantes-universitarios-vulnerabilidad-atencion-e-intervencion/>>
- RODRÍGUEZ, D., Domínguez T., Ortiz, M., Leija, G. y Chavarría S. (2018). "Efecto de la valencia afectiva del pensamiento sobre la temperatura nasal: imaginaria guiada y estrés psicosocial", *Psicología y Salud*, 28 (2): 187-194. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2555>
- RUIZ, A. E. y Nava, M. G. (2012). "Cuidadores: responsabilidades-obligaciones", *Revista de Enfermería Neurológica*, 11 (3): 163-169. Recuperado de <<https://revenferneurolonlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/149>>
- SANTOS, M., Ortega, P. y Galindo, O. (2023). "Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer", *Psicología y Salud*, 33(1): 253-261. Recuperado de <<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2788/4647>>
- SERRANO, R. (2018). *Adaptación de la escala de soledad - Loneliness Scale UCLA- en mujeres en situación de violencia del Estado de México* (tesis de licenciatura). México: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/106120>>

- SHAFFER, F., Combatalade, D. y Peper, E. (2016). "A guide to cleaner skin temperature recordings and more versatile use of your thermistor", *Biofeedback*, 44 (3): 168-176. DOI: <https://doi.org/10.5298/1081-5937-44.3.06>
- SILVA, M. F., López, J. J. y Meza, M. E. C. (2020). "Estrés académico en estudiantes universitarios", *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 79: 75-83. DOI: <https://doi.org/10.33064/iycuaa2020792960>
- SUÁREZ, A., Apolinar, E., Lemus, M. C., Lara, N. E., Portilla, J. y Castellanos, J. M. (2021). "Sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes en cuidados paliativos: Un estudio transversal", *Medicina Paliativa*. DOI: <https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1157/2020>
- TAYLOR, G. J., Ryan, D., y Bagby, R. M. (1985). "Toward the development of a new self-report alexithymia scale", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44 (4): 191-199. DOI: <https://doi.org/10.1159/000287912>
- TOVAR, E., Orozco, L. e Ybarra, J. (2020). "Cartas descriptivas de las sesiones", en E. Tovar, L. Orozco y J. Ybarra (eds.), *Compendio práctico de mindfulness y regulación emocional*. México: Universidad Autónoma de Tamaulipas y Colofón, pp. 39-82.
- VAN DIERENDONCK, D. y Lam, H. (2023). "Interventions to enhance eudaimonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being", *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 15 (2): 594-610. DOI: <https://doi.org/10.1111/aphw.12398>
- VELASCO, P., Rivera, S., Domínguez, A. del C., Méndez, F. y Díaz, R. (2021). "Escala de Afecto Positivo/Afecto Negativo en México (APAN-M): evidencias de validez y confiabilidad", *Acta de Investigación Psicológica*, 11 (1): 95-113. DOI: <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.377>
- VERDUZCO, G. y Arocena, F. (2017). "Traducción y validación de la versión abreviada del Freiburg Mindfulness Inventory (FMI-14)", *Revista Evaluar*, 17 (1): 80-93. DOI: <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n1.17076>
- WALACH, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). "Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI)", *Personality and Individual Differences*, 40 (8): 1543-1555. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- WEISEL, M. (2007). *Validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)* (tesis de licenciatura). México: Universidad de las Américas Puebla. Recuperado de <http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/weisel_d_m/>

Cuando la seguridad social dificulta el bienestar. Experiencias de cuidadoras de personas con enfermedad renal crónica

Sheila Martínez-García y Luis Eduardo Hernández-Ibarra

El cuidado es una necesidad universal. Todos en algún momento hemos sido objeto o receptores de cuidado debido a que las situaciones de dependencia no son excluibles en los seres humanos. A lo largo del curso de vida, cada persona pasa por situaciones en las que otras personas ayudan a solventar sus necesidades básicas y de esa forma lograr la sobrevivencia de quien es receptor del cuidado (Robles, 2007).

La necesidad de cuidado nos convierte en personas en situación de dependencia. En general, se considera que son tres las condiciones que nos pueden colocar en dicha posición: la infancia temprana, donde la dependencia es plena y otra persona debe de solventar todas las necesidades para lograr sobrevivir; una condición de salud que incapacita temporal o permanentemente en la realización de ciertas actividades para recobrar o mantener la salud; y la vejez, cuando las capacidades físicas tienen un declive y la persona anciana necesita algún tipo de asistencia para seguir con su vida (Kittay, 2020). En este sentido, el interés de esta investigación fue indagar sobre el cuidado a personas que tienen un padecimiento crónico.

Cuidar de una persona que vive con una enfermedad crónica es un trabajo que se realiza por largos periodos, lo que aumenta la carga en los sistemas de salud, y transforma los hogares y las vidas de quienes conviven con la persona enferma. Las actividades que se espera que los pacientes y sus familias lleven a cabo en sus contextos domésticos involucra acciones relacionadas con el cumplimiento del régimen de tratamiento: tomar y dar medicamentos, aplicar inyecciones, monitorear signos de alerta

que requieren de hospitalización inmediata, cambiar los hábitos cotidianos de alimentación, entre otras. Además, los pacientes y sus familias reciben capacitación de profesionales en diversas tareas que deben hacer en casa y se convierten en trabajadores clínicos adjuntos que están bajo la gobernanza del personal médico (Mattingly y Meinert, 2011).

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un problema de salud pública en el contexto sanitario mundial. Tan solo en México, se estima que cerca de 8% de la población padece ERC y que alrededor de 100 mil personas reciben algún tipo de terapia de reemplazo renal (TRR) (García *et al.*, 2019). A pesar del impacto causado por la ERC, la carga de esta enfermedad no es reconocido de forma oficial puesto que no se tiene un registro de pacientes renales (Agudelo *et al.*, 2020; Kierans *et al.*, 2013), y las cifras son estimadas a partir de subregistros estatales, regionales o listados que realizan asociaciones civiles e instancias no gubernamentales.

Los jóvenes sometidos a hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP) se consideran individuos con necesidades especiales de atención médica, lo que causa que las demandas de cuidado en el hogar sean altas en términos de paciencia, monitoreo, vigilancia e intensidad, situaciones que deben ser afrontadas y resueltas por las familias (Risseto y Szylit, 2014). Quienes cuidan de personas que padecen enfermedades crónicas tienen un papel central en su tratamiento, ya que se encargan de atender diversas y complejas necesidades de atención médica y personal de manera ininterrumpida y continuada.

La literatura acerca del cuidado es amplia. Sin embargo, los estudios encontrados poco señalan las particularidades de ser cuidadora de una persona que recibe TRR y son laxos al hacer notar lo que hace que ello sea una experiencia particular. Si bien podemos reconocer que cuidar de una persona con ERC puede confluir en diversos puntos en el cuidado de otra condición crónica, también es cierto que el tratamiento de la ERC trae consigo singularidades que hacen que en las experien-

cias seas particulares de las cuidadoras de personas con este padecimiento. En relación con lo anterior, también debemos considerar que estas experiencias no se producen aisladamente, sino que se desarrollan en el contexto de instituciones de salud, públicas y privadas, que dotan de particularidades a las formas en que los procesos se viven. Es indispensable reconocer a los servicios de salud como parte activa en cómo se vive ser cuidadora de una persona con un padecimiento crónico, más aún cuando en los últimos años los cambios de gobierno han traído cambios en los servicios de salud y que complejiza la ya inequitativa atención. Para concluir, también es necesario reconocer que el tipo de cuidado cambia a lo largo de las distintas etapas del padecimiento debido a que las necesidades de la persona enferma son diferentes en cada fase. Por lo tanto, tal como lo menciona Robles (2007), las acciones de cuidado se adaptan a las demandas de cada persona y de cada etapa de la enfermedad.

Ante este panorama, es de nuestro interés dar respuesta a la siguiente cuestión: ¿cuáles son las experiencias de las cuidadoras de una persona joven con enfermedad renal crónica al inicio del padecimiento y el tratamiento? Para responder esta pregunta se realizó una investigación con el objetivo de analizar las experiencias de cuidadoras de jóvenes que padecen ERC y reciben algún tipo de TRR de reemplazo renal en el inicio de la trayectoria del cuidado.

Metodología

Enfoque y contexto del estudio

La aproximación a las experiencias de las cuidadoras se realizó desde un enfoque cualitativo, con el trabajo de campo llevado a cabo en la ciudad de San Luis Potosí y su área conurbada, desde julio de 2021 hasta marzo de 2022.

Participantes del estudio

Las participantes del estudio fueron personas que se desempeñan o que fueron cuidadoras de jóvenes que reciben o recibieron terapia de reemplazo renal (TRR). Los criterios para determinar quiénes son las cuidadoras fueron los siguientes (Kittay, 1999):

1. Tiene o tuvo la responsabilidad principal del cuidado de la persona enferma.
2. Dedicó o dedicó tiempo y energía a la realización del cuidado.
3. Decide o decidió lo que es mejor para la persona con enfermedad renal crónica (ERC).
4. Es quien realiza o realizó el cuidado.

Para identificar a las cuidadoras participantes se utilizó el muestreo con propósito y la técnica de bola de nieve. Aunque la intención inicial fue integrar tanto a cuidadores hombres como mujeres, finalmente las personas que se asumieron e identificaron como cuidadoras fueron sólo mujeres.

Recolección de datos

Para la obtención de la información se recurrió a entrevistas semiestructuradas y a la observación no participante, además de notas de campo y un diario de trabajo de campo. El nivel de estructura de las entrevistas varió según la etapa de la investigación, siendo más abierta al inicio y más focalizada conforme emergieron las categorías y temas de análisis. En total participaron diez personas en el estudio.

Características de las participantes

Las características de las participantes se describen en la tabla 1. Todas pertenecían a sectores sociales empobrecidos y, en ocho de los diez casos, sus casas estaban en colonias populares de la ciudad. Las otras dos participantes vivían en otros municipios del estado de San Luis Potosí, fuera del área conurbada de la

capital potosina. A pesar de que todas las personas cuidadas tenían acceso a los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las cuidadoras eran vulnerables económica y socialmente.

Tabla 1. Caracterización de las participantes

Nombre ^a	Edad ^b	Parentesco con persona cuidada	Tiempo que ha sido o fue cuidadora	TRR que recibe la persona cuidada ^c	Tipo de servicios de salud	Institución que brinda la TRR
Diana ^d	24	Esposa	9 meses	DPCA- HD	IMSS	IGSA ^e
Sonia	60	Madre	12 años	HD	IMSS	IMSS
Aurora	31	Hermana	3 meses	DPA	IMSS	IMSS
Alma	29	Esposa	8 años	HD-DPA- HD- DPA	IMSS	IMSS
Josefina	nd	Tía	5 años	HD-DPA- HD	IMSS / Sector privado	IGSA
Miriam	nd	Madre	5 años	HD-DPA- HD	IMSS / Sector privado	IGSA
Rosa	64	Madre	13 meses	DPCA	IMSS	IMSS
Isabel ^f	24	Hermana	3 meses	DPA	IMSS	IMSS
Jazmín ^f	26	Esposa	9 años	TP	IMSS	IMSS
Paola	23	Sobrina	10 años	HD- TP	IMSS / Sector privado / SSE ^g	IMSS ^h

Notas: ^a Para proteger el anonimato de las cuidadoras los nombres utilizados son seudónimos; ^b Al momento de hacer la entrevista; ^c DPCA: diálisis peritoneal manual continua ambulatoria; HD: hemodiálisis; DAP: diálisis peritoneal automatizada; TP: trasplante; terapia actual en negritas; ^d Su esposo falleció a finales de diciembre de 2021; ^e Es una empresa que brinda servicios subrogados al IMSS para la orientación profesional de nutrición; ^f Las personas cuidadas fallecieron antes de la entrevista; ^g Servicios de salud del Estado; ^h En este caso el IMSS es quien suministra los medicamentos conocidos como *antirrechazo* y quien brinda las consultas de seguimiento.

Análisis de datos

La información recabada se analizó siguiendo los procedimientos básicos de la teoría fundamentada constructivista (Charmaz, 2005; Charmaz y Mitchell, 2001), que busca crear entendimientos interpretativos ubicados en contextos particulares. Los investigadores se centraron en las acciones y significados atribuidos por las personas a sus situaciones (Charmaz, 2011; Thornberg y Charmaz, 2014).

El análisis reveló cuatro momentos principales en las experiencias de las cuidadoras:

1. Enfrentarse con un padecimiento desconocido y crónico: las primeras impresiones y reacciones al diagnóstico.
2. Sentimientos permanentes de incertidumbre: la constante preocupación por el estado de salud y bienestar de la persona cuidada.
3. Conocimiento sobre la enfermedad y terapias: el proceso de aprendizaje sobre la ERC y las distintas terapias de reemplazo renal.
4. Navegación en los servicios de salud: la adaptación y habilidades desarrolladas para gestionar el acceso a los servicios de salud.

Estos momentos describen las situaciones atravesadas por las participantes al convertirse en cuidadoras, incluyendo la gestión y garantía de recursos para la atención de la ERC debido a los vacíos en el sistema de salud.

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFEN) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con el registro CEIFE-2021-350. En todo momento se respetó la autonomía y autodeterminación de las participantes.

Resultados

Encontrarse de frente con un padecimiento desconocido y permanente
Sería erróneo pensar que el trabajo del cuidado comienza en las instituciones proveedoras de salud, al obtener un diagnóstico del padecimiento que aqueja a la persona cuidada. La trayectoria del cuidado comenzó de dos formas: la primera, cuando los signos y síntomas de la enfermedad aparecieron de manera difusa en unos días y bien podrían confundirse con padecimientos poco graves; y la segunda, cuando la enfermedad se manifestó de un modo tan grave que implicó la intervención médica inmediata y/o de urgencia.

Entre el amplio conjunto de malestares que se presentaron en la persona cuidada, el cansancio general, el malestar estomacal y la falta de apetito fueron las más mencionadas, y fue justamente las pocas ganas de comer lo que notaron con más frecuencia las cuidadoras. En estas situaciones, ellas empezaron a poner en juego prácticas de autoatención y autocuidado (Menéndez, 2020) dentro del mismo hogar, lo que incluía vigilar la alimentación y, cambiar la dieta por alimentos que sabía que podrían ayudar a disminuir los malestares estomacales.

En otros casos las cuidadoras asociaron las manifestaciones de la ERC a otros eventos de salud más comunes y menos graves, e incluso hubo quienes llegaron a no creer en los malestares que la persona cuidada comentaba. Esto último le sucedió a Diana, quien tras tener problemas en la relación con su esposo, dudaba que le dijera la verdad acerca de los síntomas, pero notó el agravamiento evidente de los mismos: “y luego se empezó a quedar sordo, después le salía sangre de la nariz, y pues eran más cosas que al principio pues no le creía, ¿verdad?”.

Enterarse de que el ser amado tiene una enfermedad es un momento crucial y definitivo en las cuidadoras. Sin embargo, recibir el diagnóstico no es el inicio, sino la confirmación de que algo no anda bien. Ello trae consigo preguntas tanto de las causas como del futuro de la persona enferma y pone al descubierto el desconocimiento que se tiene sobre la ERC y sus tratamientos.

El momento del diagnóstico fue descrito como “un golpe muy duro” que impacta sus vidas de lleno, situación que va en vuelta de dolor emocional tanto por sí mismas, como por la persona que padece. Rosa, madre de la persona cuidada, expresa la sorpresa y el sufrimiento que experimentó cuando le dijeron que su hijo padecía ERC:

Haga de cuenta que para mí fue como que me dieron un golpe y nomás me dejaron atarantada, no me acabé de morir, así sentí yo eso, y lo siento [llora] [...] y sentí que a él le dieron una puñalada.

La poca o nula información sobre la enfermedad y sus tratamientos hace que el primer encuentro que las cuidadoras tienen con el padecimiento esté basado en ideas o comprensiones previas, y que sean vulnerables a información falsa e incompleta. El caso específico de Aurora, hermana de quien es cuidada, ayuda a ejemplificar: al momento de enterarse del diagnóstico, ella y su familia conocían a una persona que recibía hemodiálisis, y la idea que tenían sobre ello era que “eso acaba a la gente”:

Automáticamente ella pensó “pues me voy a morir”, y todos igual asustados, cero información, no tenemos ni una información de nada, más que de conocidos, allegados que tenían hemodiálisis y que tú decías “pues eso acaba a la gente”.

El desconocimiento de la enfermedad exagera el temor entre las cuidadoras. Además, el diagnóstico ha estado rodeado de situaciones que hacen aún más dolorosa la noticia del padecimiento, como lo fue el caso de Alma. Después de los primeros síntomas manifestados por su esposo, lo acompañó al menos dos veces a consulta con un médico particular, puesto que no era derechohabiente del IMSS. Después de dos diagnósticos fallidos y la consideración del médico de que él estaba exage-

rando sus síntomas, su salud empeoró considerablemente, por lo que Alma lo llevó de urgencia a una clínica de la Secretaría de Salud. Tras horas de espera, recibió el parte médico de la siguiente manera:

Pero en ese entonces no sabíamos qué era una diálisis, no sabíamos qué era insuficiencia renal, nada. Y pues por falta de información, la doctora me dijo que personas que empezaban a hemodializarse duraban un mes, a veces no toleraban, que había muy pocas esperanzas. Y pues sí, fue muy duro.

Las cuidadoras también se enfrentaron a la incredulidad de la noticia, y frecuentemente cuestionaron al personal sanitario y a sí mismas sobre el origen de la enfermedad. Algunas de las participantes, al conocer el diagnóstico, buscaron segundas y terceras opiniones médicas, y en todas ellas confirmaron las malas noticias. Este es el caso de Sonia, madre de la persona cuidada, quien tras acudir a distintos profesionales sanitarios se dio cuenta de que el diagnóstico había sido certero desde el principio y fue en ese momento cuando llegaron algunas de las preguntas que no tuvieron respuesta:

[...] entonces, a uno en ese ratito se le hace imposible porque pues 16 años y empezar con eso, uno dice: “¿por qué yo?” o “¿por qué mi hijo?”

Es así como los malestares y el diagnóstico confirmatorio de la enfermedad representó un punto de inflexión en sus vidas, pues es cuando “uno abre los ojos y es otro mundo”. Este es también el punto de partida para adentrarse a la ERC y sus terapias de sustitución renal, en lo cual profundizamos en el siguiente apartado.

Lo descrito en esta sección nutre la literatura respecto de la crisis que representa el diagnóstico de una enfermedad crónica

y que alcanza no sólo a quien la padece sino también a los más allegados de dicha persona.

Siguiendo la propuesta de Davis (1991), las etapas de pre-ludio y advertencia de la enfermedad, cuando se presentan síntomas triviales o poco asociados a un padecimiento como la ERC, dan paso a lo que es nombrado como una disrupción biográfica (Bury, 1982). Tal como lo describieron las participantes, el momento en el que se pone nombre a los malestares vividos y percibidos es caracterizado por la interrupción súbita de la continuidad de la vida, pérdida de coherencia y confusión de identidad, similar a lo que experimenta la persona que padece la enfermedad (Benveniste, Goldzweig y Javoby, 2020; Bury, 1982).

Además, el caso de Alma es una muestra explícita de que, tal como lo describieron Chandran, Corbin y Shillam (2016), la relación de las cuidadoras con el personal sanitario puede representar estrés y ansiedad y puede llegar a socavar su capacidad para cuidar a su ser querido. Sin embargo, como se describió antes, las relaciones con el personal sanitario también representaron sentimientos de apoyo y cercanía.

Entre terapias: los tipos de terapia de reemplazo renal que se asignan en los servicios de salud

Otra situación a la que hacen frente las cuidadoras es la necesidad de conocer sobre el tratamiento de sustitución renal y sus implicaciones. En todos los casos, se encontró que los profesionales sanitarios decidieron quién es candidato a qué tipo de terapia de sustitución renal basándose en dos cosas: las características de la persona; la segunda y frecuentemente la más definitiva, el tipo de tratamiento disponible en los servicios de salud. Esta disponibilidad de tratamientos privó a las cuidadoras y a las personas cuidadas de elegir su tratamiento, considerando entre sus ventajas y desventajas.

El tipo de TRR que se realiza en quien padece la enfermedad tiene implicaciones directas también sobre quien brinda el cui-

dado; asuntos respecto a cómo, cuándo y dónde se llevan a cabo los procedimientos, y en general, en cómo se experimenta cuidar a alguien que recibe dichas terapias.

Cuando una persona es asignada a diálisis peritoneal (DP), el primer acercamiento que la persona que padece y la familia tiene con este tipo de tratamiento es la inserción del catéter de diálisis mediante una cirugía. Seguido de ello, las cuidadoras recibieron una capacitación por parte de profesionales sanitarios. Estas capacitaciones regularmente se imparten a la persona con el padecimiento y a las personas que en adelante estarán al pendiente de ella.

Como se mostró en el cuadro de las características de las participantes, no todas las trayectorias de tratamiento de diálisis comenzaron en DP, pero las personas que fueron cuidadoras de una persona en este tipo de diálisis recibieron las capacitaciones, incluso antes de que la recibiera la persona con la enfermedad.

Aprender la técnica de la diálisis es un requerimiento para que, una vez que se acredite el “buen aprendizaje” de los procedimientos, pueda gestionarse la máquina cicladora y que las sesiones puedan hacerse en el hogar de las personas. Esto sucede así cuando cuentan con seguridad social, porque quienes no tienen este servicio de salud no acceden fácilmente a las máquinas cicladoras. En las capacitaciones, las cuidadoras aprendieron a relacionarse con las enfermeras encargadas de las capacitaciones y con el personal sanitario, así como cosas prácticas y técnicas para el proceso del DP en casa.

Durante el tiempo de adiestramiento, las participantes conocieron el funcionamiento de la máquina cicladora, los balances de la máquina, las conexiones al cuerpo, los tipos de bolsas de diálisis y en qué momentos son adecuadas usar cada una, la higiene con la que debía llevarse a cabo el proceso, la curación del catéter, entre otras.

Cuando quienes capacitaban a las cuidadoras consideraban que las participantes estaban preparadas, les permitían pasar de la práctica en el espacio de capacitación a la práctica direc-

ta en los cuerpos de quienes cuidaron, bajo la supervisión de las mismas capacitadoras. Sin embargo, la manera de vivir estas capacitaciones fue más allá del aprender cómo realizar los procedimientos adecuadamente; las sesiones implicaron demostrar a las enfermeras responsables que tenían interés en aprender. De este modo aseguraban poder seguir en contacto con las enfermeras para resolver dudas más allá de los momentos de capacitación y/o consulta.

Las capacitaciones de DP causaron en las cuidadoras sentimientos de miedo, confusión y angustia, pero también la esperanza de poder hacer algo por quien padecía la enfermedad. Aunque las participantes se consideraban aptas para la DP en casa, no estuvieron exentas de dudas al inicio de los procedimientos y durante todo el tiempo en el que brindaron el cuidado. Tal como lo dijo Sonia, quien lleva más de 12 años cuidando de su hijo, tanto la enfermedad como sus manifestaciones y complicaciones pueden ser inesperadas, y “aunque ya tenemos tantos años conviviendo con la enfermedad, hay muchos detallitos que no sabes”.

Encontrarse a ellas mismas en casa con la máquina y como responsables de llevar a cabo el procedimiento representó un desafío. Las incertidumbres de las primeras veces del uso de la cicladora pueden ejemplificarse con lo que comenta Josefina, quien es tía de quien recibe el cuidado:

Lo dieron de alta, y ya aquí en la casa, nos trajeron la máquina de diálisis. No, pues empezamos, batallamos mucho al principio: “no, es que dicen que es así”. Y le subía mucho la presión, no le sabemos controlar, en ocasiones como que lo exprimíamos mucho.

Así pues, aunque en su momento las participantes demostraron ser aptas para el proceso de DP en casa, aprender a ser cuidadoras implicó más que la capacitación recibida por el personal médico.

El proceso de hemodiálisis (HD) tiene sus características y una de las más importantes es que el procedimiento no se hace en el hogar, como en la DP, o en hospitales, en internamientos cortos, cuando se trata de ciclos agudos. En cambio, la HD se realiza en unidades especializadas, tres veces por semana en el caso de las personas cuidadas de las participantes de este estudio.

Recibir la noticia de que la persona cuidada necesitaba HD para poder mejorar su estado de salud fue también un momento inesperado para las cuidadoras. En los casos en que la HD fue el primer procedimiento de terapia de sustitución renal, las preguntas aparecieron a la vez que estos procedimientos se hicieron. Miriam supo que su hijo necesitaba este procedimiento después de que fue internado de emergencia tras un desmayo en la escuela donde él daba clases. Para ello, y mediante una cirugía con complicaciones, le colocaron un catéter. Lo siguiente fue descubrir qué era la HD:

A mí me pasó que no sabíamos qué era esta enfermedad cuando a él lo internamos la primera vez. La primera hemodiálisis, dice: “señora nos vamos a llevar a su hijo a hemodiálisis”. Llega mi hijo ya después de tres, cuatro horas de estar esperándolo en el cuarto, y me dice: “mamá, ¿qué haces?”, “pues esperándote, ¿cómo saliste?”; “pues bien, mamá”; dice: “¿cuándo me va a tocar otra vez la hemodiálisis?” Le digo: “¿qué no nos vamos a ir a la casa y ya no pasó nada?”. Pensé que era primera y única vez, nos vamos a casa y ya...

La escasa información que las cuidadoras reciben sobre este tipo de terapia sustitutiva hizo que el temor fuera latente e intenso. Tras fallar dos veces el catéter para diálisis peritoneal en su esposo en menos de un mes, Diana recibió la noticia que un tercero era poco viable en un corto periodo, por lo que lo intervendría para colocar un catéter para HD. Tras la ocasional mejoría que tuvieron las personas que padecían ERC, algunas de

las cuidadoras dieron un significado más amable a los procedimientos de diálisis. Algunas llegaron a verlas como “ayuda para ellos”; incluso hubo quienes la describieron como una “segunda oportunidad de vida”.

Así, los relatos de las cuidadoras nos llevan entre el desconocimiento, los procesos de aprendizaje formales e informales sobre las TRR y el alcance de cierto dominio, tanto de la técnica como del conocimiento de sus tiempos y procesos. Con base en ello, es importante rescatar dos puntos. El primero es el referente al tipo de TRR que asignaron a las personas cuidadas, que nada tuvo que ver con las características de las personas y la conveniencia a su estado de salud.

En países de ingresos medios, como es considerado México, la DP parece ser la más apropiada por ser la menos costosa y requerir menos tecnología (Avilés *et al.*, 2006), y esto fue así en estudios donde la población no cuenta con seguridad social. En contraste, en los casos estudiados aquí, el tipo de TRR fue asignado por la disponibilidad de los tratamientos en las clínicas donde fueron atendidos y, al ser el IMSS donde se atendieron, ello dependía de la clínica que “les tocaba” por cercanía a su domicilio.

Así, era común que quienes accedían a los servicios de salud en la clínica 50, la TRR fuera la HD, y quienes estaban asignados al Hospital General de Zona 1 o 2, a DP. Así continuaron sin complicaciones con la terapia asignada, pero sólo Isabel mencionó haber recibido información sobre las ventajas que podría tener la DP sobre la HD por la edad de su hermano, y la sugerencia de hacer lo posible para que le trasladaran a una clínica donde estuviera disponible.

El segundo que cabe destacar es el papel que jugaron las cuidadoras en las TRR, particularmente la DP. A pesar de que tanto las cuidadoras como las personas cuidadas llevaron a cabo la capacitación para realizar la DP, generalmente fueron las cuidadoras quienes recibieron estas sesiones de enseñanza primero, puesto que se hacían a la par de las hospitalizaciones donde co-

locaron el catéter a las personas enfermas. Por lo tanto, fueron las propias cuidadoras quienes realizaron la DP en los cuerpos de las personas cuidadas las primeras semanas, antes de que las propias personas enfermas pudieran realizarse ellas mismas el procedimiento.

De ese modo, cuando estos últimos eran dados de alta, los procesos de gestión de la máquina cicladora habían sido iniciados o realizados por completo y las personas podían llevar a cabo las sesiones en casa con ayuda de la cuidadora. Esto revela las cargas de cuidado que las instituciones de salud trasladan hacia las familias (Meleski, 2002; Stewart y Langille, 2000). Más aún, las cuidadoras se convierten en una suerte de personal de salud subcontratado (Padilla, 2017), quienes tienen la responsabilidad principal de llevar a cabo labores domésticas y clínicas por ellas mismas.

Aprender a “moverse” en los servicios de salud

El sistema de salud en México y sus características de fragmentación, inequidad y desigualdad, aunado a una serie de reformas estructurales en los últimos años y la contingencia por COVID-19, han moldeado las experiencias de las personas.

Está bien documentado que, en México, para las familias de pocos recursos económicos la obtención de atención en salud implica sortear barreras que pueden ralentizar la atención. A su vez, quien busca atención debe de negociar con personal de salud y administrativo que fungen como porteros en dichos servicios y pueden agilizar u obstaculizar dicha atención (Kierans *et al.*, 2013; Padilla, 2017).

Esto ha sido descrito desde la perspectiva de la persona enferma, pero en este trabajo hacemos énfasis en la posición del cuidado y del trabajo del cuidado que han hecho las participantes en la gestión y garantía de recursos para la atención de la persona y su enfermedad. Retomamos la visión de algunas corrientes feministas que conciben el cuidado como trabajo, entendido de este modo por ser una acción social mediante la

cual se transforman recursos materiales y simbólicos destinados a satisfacer las necesidades de la persona cuidada y en el cual se invierte, como en cualquier trabajo, tiempo y energía (Robles, 2007).

Aprender es un aspecto esencial de las cuidadoras: aprender sobre la enfermedad, las diferentes formas de diálisis, las restricciones alimentarias y de líquidos, y las mejores formas de obtener atención médica eficaz para las personas cuidadas. Con esto, podemos afirmar que no sólo los “pacientes” aprenden a ser pacientes (Padilla, 2017), sino que las cuidadoras también aprenden los caminos del cuidado, comportándose según lo esperado en este rol y desarrollándolo según las demandas y requerimientos de su contexto (Goffman, 1956).

Además, convertirse en cuidadora también implica adentrarse en las instituciones de salud, sus tiempos, dinámicas y formas propias de hacer las cosas; se van descubriendo y aprendiendo los caminos más efectivos, así como las reglas escritas y no escritas que conducen a dichas instituciones. En este sentido, afirmamos que las cuidadoras *aprenden a moverse* entre los distintos servicios de salud y entendemos el término *mover* en un sentido amplio; es decir, no se limita al recorrido físico, sino el aprender a comportarse y relacionarse con diversos actores para obtener ciertos resultados a favor de la persona cuidada (Goffman, 1956).

Como se hizo mención anteriormente, el cuidado no comienza tras tener la certeza de la enfermedad, sino cuando en casa –y generalmente una mujer– se dan cuenta de que algo no anda bien con la salud de la persona cuidada. La navegación por los servicios de salud comienza aquí, cuando se entiende que es necesario acudir con un *curador*, y en este caso, con un médico.

Para buscar la atención médica inicial se comienza la movilización de recursos de distintos tipos. Si bien al momento de las entrevistas todas las personas cuidadas eran derechohabientes del IMSS, ello no fue así desde el principio. De las nueve personas que recibían cuidado, cinco tenían seguridad social al momento

de los primeros síntomas cuando les fue dado el diagnóstico de ERC, y las otras cuatro se incorporaron a estos servicios después de iniciado el tratamiento de TRR. Sin embargo, a pesar de contar con derechohabiencia, el IMSS no fue la primera opción de atención, sino médicos particulares, e incluso, en un caso la seguridad social fue la cuarta opción.

La movilización de recursos inició al gestionar el dinero para asistir a buscar la atención médica inicial, que consistió en el pago de transporte, consultas, medicamentos iniciales, laboratoriales, entre otros.

En este punto, la forma de vivir las TRR pueden dividirse en dos tipos, dadas por la atención médica recibida: uno, las cuidadoras cuyos familiares contaban con IMSS y que tras el diagnóstico en médicos particulares acudieron a los servicios del instituto; y dos, quienes su primera atención tras el diagnóstico fueron los servicios particulares y de la Secretaría de Salud, y que tras algunas estrategias lograron incorporar a sus familiares a la seguridad social.

Abordaremos las experiencias de las cuidadoras que desde el inicio contaban con seguridad social. Diana y Sonia, ambas llegaron al IMSS después de saber cuál era la enfermedad de la persona que cuidaban. El caso de Sonia muestra las andanzas al buscar atención médica rápida y oportuna, cosa que consideraron que el IMSS no daba. Cuando su hijo le dijo que se sentía mal, optaron por llevarlo al médico particular, quien le dijo que tenía “una leve parálisis facial”. Después su hijo tuvo convulsiones, por lo que decidieron llevarlo a una clínica particular, donde le dijeron que necesitaba hemodiálisis de urgencia, entonces fue cuando decidieron acudir a un hospital público.

Esta institución, al pertenecer a la Secretaría de Salud, se dirige a la población de bajos recursos y sin seguridad social del estado y de estados vecinos. Sin embargo, el servicio no es gratuito, sino que el hospital tiene sus propios ingresos, es decir, cobra por los servicios que oferta y estos cobros son considera-

dos cuotas de recuperación que aportan las personas que hacen uso los de los servicios y no tenían o tienen adscripción a lo que fue el Insabi, o antes aún el Seguro Popular.

Tras hacer estudios neurológicos a su hijo, les informaron que las convulsiones fueron debido a que su cerebro estaba *intoxicado* y les confirmaron: su hijo tenía ERC y necesitaba HD para poder mejorar. Después iniciaron la colocación del catéter, pero en palabras de Sonia, a su hijo “lo lastimaron mucho, me lo sangraron mucho, no me lo anestesiaron ni nada”. Por esa razón, decidieron sacarlo del Hospital Central para hacer uso de los servicios médicos de la seguridad social e ingresarlo al Hospital General de zona 50 del IMSS.

En la 50, Sonia se adentró al mundo de trámites y firmas al que todas las cuidadoras de este estudio se enfrentaron y de las cuales depende y dependió la atención médica de la persona cuidada. Muchas veces este descubrimiento se dio de formas poco amables y en medio de desencuentros con personal administrativo y sanitario de los servicios de salud. En el caso de Sonia, para poder intervenir para la colocación del catéter, pero ahora en la 50, firmaron un consentimiento informado, pero lo que más recuerda ella es que les dejaron en claro que su hijo “ni el catéter iba a aguantar”.

Según lo descrito por las participantes, la forma de vivir estas primeras experiencias para la atención de la ERC en los servicios de salud entre cuidadoras cuyos familiares tienen o no acceso a la seguridad social son dos: por un lado, en la terapia de reemplazo renal, y por otro, la gestión de los recursos económicos para que puedan realizarse.

Aunque dos cuidadoras no vivían en la ciudad de San Luis, sólo una no contaba con IMSS: Alma. Además, la experiencia de Alma está rodeada de particularidades por ser la única participante del estudio del interior del estado, pero puede ilustrar las experiencias de tantas cuidadoras en condiciones similares y quien, para atender a la persona cuidada, viaja constantemente a San Luis, a hospitales de especialidad.

Después de acudir con un médico particular en Guadalcázar y que el tratamiento para el dolor de espalda no surtiera los efectos esperados, sino que agravara la salud de su esposo, Alma tuvo que llevarlo en la madrugada a una clínica de los servicios de salud en ese municipio. Entonces le dijeron que el padecimiento era ERC y que debía trasladarse a la ciudad para iniciar el tratamiento. Después de esperar hasta casi medio día por una ambulancia, su esposo fue trasladado. En el Hospital Central le colocaron el catéter para las hemodiálisis mientras ella regresó a Guadalcázar por papeles personales para gestionar los servicios de salud.

El trabajo de gestión de los recursos económicos para el pago del internamiento y de las sesiones de hemodiálisis se intensificó cuando ella se enteró que el pago por estos servicios eran dos cosas diferentes, es decir, que el pago por las sesiones de HD no incluía el pago del internamiento hospitalario, por lo cual narra su sorpresa y cómo tuvo que moverse para seguir garantizando el tratamiento de su esposo:

En ese momento pues no sabía, yo pensaba que el estar al corriente con las sesiones de hemodiálisis era como estar pagando el servicio (de hospitalización). Hasta el final salió, fueron creo que 72 mil pesos lo que se debía de hospital, sólo de hospital, y se debían dos sesiones de hemodiálisis. Recuerdo que él fue dado de alta como a estas horas, para ese entonces yo tenía 19 años: no conocía San Luis, no conocía a nadie, su familia nunca estuvo ahí. Entonces recuerdo que esa vez me estuve moviendo para pagar las sesiones de hemodiálisis.

Alma tuvo que moverse, primero, entre su familia para conseguir dinero y lograr cubrir el pago de los servicios. Además, tuvo que solicitar a su papá que le ayudará a negociar en el Hospital Central y así llegar a un acuerdo en el que pudo pagar a plazos el costo de la hospitalización. Esta movilización implicó

que su padre firmara los pagarés y quedaría como responsable de la deuda ante la institución. Además, buscó entre su propia familia para conseguir el dinero que en ese momento necesitaba para que pudieran dar de alta a su esposo y que la deuda no se siguiera acumulando.

Después de que el hijo de Miriam recibiera las primeras sesiones de HD, también en el Hospital Central, era momento de buscar dónde seguirían las sesiones subsecuentes. Ella, como todas las cuidadoras de este estudio, tuvo entonces que adentrarse en los servicios de salud en búsqueda de la atención. En este caso, moverse implicó conocer nuevos lugares para llevar el proceso de HD de su hijo, pero además relacionarse con personal de salud, así como con otras cuidadoras y familias que tenían más conocimiento que ella en ese momento para aprender el camino a seguir.

Como se mencionó previamente, de las nueve personas cuidadas, cinco personas tenían derechohabencia en el IMSS al inicio del tratamiento, pero al momento de las entrevistas, las nueve personas habían logrado integrarse a la seguridad social; ésta no es una cuestión menor.

Las cuidadoras, y en este caso las familias de las personas con el padecimiento tuvieron que bregar para lograrlo. Para esto, las cuidadoras usaron dos vías. La primera, que es el caso de Alma, en un primer momento, solicitó al patrón de su esposo que hiciera efectivo el derecho a la seguridad social, al que no había obtenido pese a tener más de un año trabajando con él. A pesar de que consiguió fuera afiliado al IMSS, al siguiente mes su esposo fue despedido, por lo que esta vez tuvieron que exigir el derecho a la seguridad social por medio de una demanda, ello debido a que en México el acceso a la seguridad social está vinculada a contar con un empleo formal:

Recuerdo que fuimos a una consulta, y tenía estudios un día y consulta el otro, entonces nos quedamos en San Luis, y le habla como a estas horas [19:30 horas] y ya le dice

que, pues ya no podía seguirlo teniendo ahí, que estaba haciendo recorte de personal, no le estaba dando ni liquidación, y el seguro pues se lo iba a retirar. Entonces era un año ya y, pues mi esposo trató de arreglar bien, ¿verdad? Y no. Le decía que no había ningún papel que comprobara que él había estado trabajando ahí; que no había nómina, no había pues nada. Hasta que metió una demanda en unas oficinas y por ahí lo estuvieron asesorando para lo de la liquidación, y para el seguro.

La segunda vía que utilizaron las cuidadoras y las familias de las personas con el padecimiento fue buscar entre allegados y conocidos a personas quienes tuvieran empresas o negocios donde sus trabajadores estuvieran afiliados, y quienes estuvieran dispuestos a hacerles el favor de registrar como trabajadores a sus familiares con ERC o a alguien que pudiera otorgarles el beneficio de los servicios médicos. La otra parte de este favor era que las personas con el padecimiento, las cuidadoras y sus familias pagan de su bolsa las cuotas que “el patrón” aporta al IMSS por dicha afiliación.

En algunos casos, las cuidadoras entendieron las reglas del IMSS y cómo podrían acceder a los servicios de salud; en otras ocasiones, fueron sus mismos médicos particulares quienes les sugirieron hacerlo, tal como lo describe Paola, quien es sobrina de la persona cuidada:

Lo que pasa es que ella se trataba en particular, ella iba con un internista, entonces el internista le dijo: “señora, usted ya tiene insuficiencia renal, esta enfermedad acaba hasta con los más ricos, no hay quien pueda solventar el gasto de esta enfermedad, entonces tiene que conseguir el seguro social”, y entonces a mi tío en uno de sus regresos de Estados Unidos, un señor por la casa tiene su frutería y asegura a sus trabajadores, entonces lo pone como trabajador, y se le pasa la cuota del seguro, y así es como aseguran a mi tía, como esposa.

De esta manera, las cuidadoras y quienes viven con la enfermedad habían logrado sortear –de algún modo y en mayor o menor grado– la inequidad del sistema de salud en México, y la característica de la seguridad social que segrega a quienes no son trabajadores formales. Esto es consistente con trabajos previos, específicamente con el de Kierans *et al.* (2013), quienes describen como las personas con ERC y sus familias tiene que “hacer” un sistema de atención médica para ellos mismos.

Llegar a los servicios del IMSS, ya sea porque se tenía derecho-habencia o porque lo consiguieron después, implicó aprender los caminos y modos para hacer las cosas.

La burocratización de los servicios de salud y la precarización de recursos se dan constantemente, y en algunos casos dificultan el trabajo de las cuidadoras y deterioran la salud de los enfermos. Por ejemplo, Sonia contó cómo a ellos –hablando del hijo y de ella misma– no les tardaron en darles programa –refiriéndose a les asignaran día y hora fijos para las sesiones de HD–, porque al mes ya lo tenían, pero contó cómo un conocido duró dos años sin este lugar antes de morir. Este conocido tenía que ir todos los días a la clínica 50 a esperar que alguno de los pacientes con programa no fuera a la sesión y así él poder recibir en su lugar.

En estas circunstancias, las participantes tenían que, nuevamente, aprender a moverse, pero ahora dentro del IMSS. El objetivo sería el mismo: gestionar y garantizar los servicios de salud. Frecuentemente, pero más comúnmente al inicio de la atención de la ERC y de las TRR en el IMSS, las cuidadoras se sintieron confundidas en medio del vaivén de indicaciones que reciben de una persona y de otra.

Pasado el tiempo, las cuidadoras entienden cómo facilitar el llevar a cabo las gestiones, conseguir las firmas y los tiempos para hacerlo. Esto se aprendió después de varias idas y vueltas, pero también del diálogo con otras personas cuidadoras. El comentario de Diana refleja de una manera concreta cómo las cuidadoras, a través de las experiencias acumuladas, aprendie-

ron a moverse más rápido en los servicios de salud: “Ahorita ya sé bien qué es lo que tiene que llevar el papel, ya sé a qué hora te dan el subrogado, y ya para mí ya es más fácil.”

Aprender a moverse implica conocer también la mejor forma de relacionarse con los profesionales sanitarios para conseguir procedimientos médicos, pero también medicamentos, y en general, la atención médica de quienes cuidan. Tal como lo describe Goffman (1956), las cuidadoras aprendieron a hablar y, en general, comportarse de manera “adecuada” para ser consideradas merecedoras de ciertos tratos o servicios (Goffman, 1956). De igual forma, las participantes estuvieron dispuestas a buscar entre distintos profesionales con diferentes jerarquías para lograr ser escuchadas e intentar que su familiar fuera atendido, tal como lo hizo Rosa:

Hasta que fui con el doctor [en ese momento, directivo de una unidad hospitalaria], y le dije: “doctor ¿qué está pasando? No hay medicamento, mi hijo tiene tres días con dolor, y ya nada más se lo están calmando. Dígame si no hay medicamento, de verdad yo me pongo en la puerta del seguro a pedir limosna para comprarle medicamento a mi hijo, porque yo no tengo recursos para comprárselo, porque mi hijo está internado aquí, y que no hay medicamento”. Dijo: “déjeme ver, regrese en media hora aquí en mi oficina”. Yo ya no regresé, él llegó a los diez minutos a decirme: “ahí está el medicamento para que se lo aplique”. Todos diciendo que no había medicamento para nadie, y voy yo con él y se le aplica el medicamento a mi hijo, y si hubo todo el medicamento para los 14 días.

Contrario a lo que pudiera creerse, estas situaciones no son extraordinarias por parte de estas cuidadoras, sino que lo han encontrado como una forma de agilizar la atención médica de sus familiares en un sistema de salud rebasado, al igual que lo mencionó Miriam:

Y te digo, uno como familiar es muchísimo el apoyo, [...] uno se trata de mover, [...]. Yo me movía, me estuve moviendo [...]. Yo veía a la demás gente, a los demás que lo necesitaban, si no tenía a sus familiares, ¿quién se movía? Si no tenía, ¿cómo le hacían? Uno tenía que estar ahí al pendiente porque ellos no se mueven, [...] y yo me movía por un lado y por otro.

La burocratización de la atención médica, aunada al modelo biomédico con el que opera el IMSS –entre otras circunstancias estructurales del sistema–, ha hecho que las jerarquías en la institución se hagan sentir no sólo entre quienes laboran, sino entre personal sanitario y pacientes y familiares. Las cuidadoras han aprendido las reglas de cómo tratar, comportarse y acatarse a la jerarquía de quienes les atienden, generalmente médicos, enfermeras y personal administrativo, reglas que no están escritas y las personas tienen que descubrir en el camino.

Las participantes estuvieron dispuestas a pasar por alto malos tratos de quienes atienden a la persona cuidada, pero siempre con la finalidad de que la persona que padece la ERC esté lo mejor atendido posible. El siguiente ejemplo es el de Sonia, quien describe cuál entendió que era la forma correcta de comportarse frente a los profesionales de la salud según estos últimos. De esta forma, Sonia logró la empatía del personal y esto puede ayudar a obtener un mejor servicio para su hijo:

Y es como le digo, no pueden gritar ni decir porque la lleven, mejor llévensela tranquila, aunque te digan o te caiga mal, pues riéte, dale tu mejor cara, y les ganamos, en esa forma se les gana.

Estas situaciones también tienen su contraparte. Algunas de las cuidadoras han formado, a través de los años, relaciones cercanas e incluso de amistad con las y los profesionales sanitarios que les atienden. De esta cercanía, las cuidadoras también han sabido

ayudarse para seguir con los trabajos de cuidado, incluso cuando por alguna razón, estos profesionales dejan de atenderles.

Las formas en las que las participantes han obtenido ayuda de las relaciones de cercanía con estos profesionales son diversas: agilizar hospitalizaciones, procedimientos médicos o de enfermería, preguntar acerca signos, síntomas, dudas o complicaciones en momentos de crisis vía contacto telefónico o de mensajería instantánea con ellos, conseguir medicamentos que en farmacia les son negados, e incluso, contactarles con asociaciones civiles que pueden ayudarles en la gestión de medicamentos, bolsas de líquido para diálisis; en general, estas relaciones han ayudado a hacer más ligero la carga del trabajo del cuidado. Ejemplo de lo anterior es lo narrado por Josefina:

Ese día que le tocó cerquita de COVID le hablamos a Mónica, la enfermera de diálisis en la mañana. Le hablo y le digo: “Mónica, mi sobrino está muy mal, que ya no quiere seguir”, y dice: “espérame, ahorita voy”; fue y lo vio. Muy linda Mónica: “a ver, a ver ¿qué tiene?”, y dándole ánimos. Le digo: “es que no hay camas allá arriba”, “ahorita nos movemos”. Y fue y le dijo Mónica a Emma [enfermera de urgencias]: “a ver, aquí esto, y esto, a ver qué tiene”, y lo checó. Gracias a Dios trae unos angelotes. Y la Emma se movió, y va y me dice: “que ya hay camas, pero no hay camillero”. Dice Mónica: “nos lo llevamos en una silla de ruedas”, y le digo: “¡sí!”, ¡y córrele!

Las participantes y las personas que reciben TRR no son las únicas que ofrecen y reciben cuidado. Ellas han sabido comprenderlo y echar mano de ello para aliviar las cargas del trabajo del cuidado y garantizar los recursos para la atención médica y el tratamiento de los jóvenes. Así, las cuidadoras y las personas cuidadas crearon redes –con diferentes niveles de organización y formalidad– con otras personas que comparten la experiencia del cuidado o de la enfermedad.

Un ejemplo es que las cuidadoras de personas que reciben HD han establecido relaciones de cercanía y ayuda con otras que asisten a la misma unidad. Después de tantos años de acompañar en las sesiones de HD, se ha creado un ambiente de unión entre ellas. Mientras esperan, platican sobre ellas mismas y sobre la persona cuidada, comparten preocupaciones, intercambian medicamentos que en ese momento una de ellas no tiene y que alguien le puede prestar o donar. Sonia fue puntual al asegurar que no sólo platican, sino que se apoyan y hacen de los largos ratos de espera un momento más agradable.

Es lo que les digo, no porque queremos que estar chismeando o equis, no. Nos estamos apoyando, o platicamos, nos desahogamos, nuestros problemas, o que cómo está él, cómo se siente, qué le pasa, este fin de semana qué hicieron, así, para que se nos haga más ameno el rato.

Las cuidadoras se ayudan entre ellas en la gestión de la atención sanitaria de las personas cuidadas. Los servicios de salud del IMSS tienen trámites y aprobaciones mensuales para mantener la vigencia de los servicios y así las personas puedan seguir recibiendo la terapia de sustitución renal. Estos trámites aplican tanto para quienes reciben el tratamiento en sus instalaciones, como para quienes lo hacen a través de un servicio de salud subrogado.

La ayuda entre las cuidadoras inicia desde que empiezan a adentrarse en esta gestión de los servicios. Se encuentran en las filas y se preguntan e intercambian dudas y soluciones sobre requerimientos, lugares o cosas que no entienden de los papeles. Por otro lado, muchas veces los trámites no se hacen en la misma clínica u hospital en la que la persona cuidada recibe la terapia de sustitución renal. Las distancias entre los lugares, por un lado, y las necesidades de tiempo y cuidado por el otro, hacen muy difícil que las participantes asistan mes con mes a dar seguimiento a dichos trámites.

Para aligerar las cargas de trabajo las cuidadoras han creado cadenas de gestión para poder cumplir con estos papeleos. Se ponen de acuerdo con otras cuidadoras, del mismo o de diferente horario, y se turnan para conseguir las firmas y sellos que son necesarios. Mientras una acude a la Unidad de Medicina Familiar que les corresponde, la otra puede entregar los formatos de ambas –o de más personas– en el Hospital General de Zona donde está la unidad de hemodiálisis. Con ello, las participantes logran economizar tiempo y recursos económicos necesarios para los traslados y asegurar la atención de la persona con el padecimiento. Sonia describe de la siguiente manera esta organización:

Casi con todos nos llevamos bien. De las tres de la mañana les echó la mano, por ejemplo, cuando tenemos que sellar, ellos salen a las seis, y abren hasta las ocho. “Doña Sonia, ¿me hace el favor de sellarme?”, “sí, déjemelo, se lo traigo hasta el miércoles”, “sí”. O a veces que: “que vas, no que esto”; “no, pues yo se lo hago y usted esto”. O a veces una señora: “yo le llevo a sellar a La 47 [refiriéndose a la Unidad de Medicina Familiar número 47] y usted entrega ahí”, “sí”. Así nos dividimos...

Otra situación es la de las cuidadoras y las personas cuya terapia sustitutiva es la diálisis peritoneal. Al ser un tipo de tratamiento que se hace en su mayoría en los hogares, podría pensarse que los grupos de cuidadoras pueden estar más diseminados o sentir que no se pertenece a alguno. Sin embargo, la creación de redes de apoyo entre ellas también está presente.

Durante las capacitaciones para la DP, era común que las participantes empatizaran con otras personas que recibían las mismas capacitaciones; así como algunas redes de apoyo empezaron a crearse. Algunas veces, los profesionales sanitarios, y especialmente el personal de enfermería, fungía como puente

entre unas y otras cuidadoras. De ese modo, las cuidadoras solicitaban ayuda para conseguir medicamento o bolsas de diálisis entre las demás cuidadoras y personas con ERC al personal de enfermería, quienes a su vez difundían la solicitud entre las demás personas.

Otro recurso que siguieron cuidadoras y personas con la enfermedad fue solicitar donaciones y/o hacer trueques en grupos de redes sociales, específicamente de WhatsApp y Facebook. El siguiente ejemplo lo proporciona Aurora:

Pues son de San Luis, [...] donde “oye, ¿tienes eritropoyetina?”, que es una inyección que se pone cada tercer día, que hace poco no había [en el IMSS] y cada caja cuesta creo 6 mil pesos y sirve para una semana o semana y media, entonces andaban busque y busque. Gracias a Dios ya la encontraron [...], pero sí tienen ese grupo donde se buscan si no tienen, son diferentes tipos de bolsas, porque hay que roja, que azul, va por colores dependiendo del grado, y es donde se ayudan. Y si nos ha tocado que nos apoyen, o sea si, las personas son muy empáticas en ese sentido.

Una descripción familiar de estas redes de apoyo la hizo Padilla (2016), a la cual nombró “economía informal de las terapias de sustitución renal”. Sin embargo, existen diferencias sustanciales entre el trabajo citado y el presente.

Además, esta ayuda entre personas con ERC y sus cuidadoras puede estar mediada por asociaciones civiles que se dedican a apoyar a personas con este padecimiento y sus familias, ya que reciben y reparten medicamentos y bolsas de diálisis. Un obstáculo que han encontrado algunas cuidadoras es que, al tener derecho a estos servicios, se les ha negado la ayuda de estas asociaciones por no comprender que la escasez también se da en el IMSS, pero se ha encontrado otras instancias en las que esa condición no es limitante para poder recibir los apoyos.

Incertidumbre sostenida

El miedo por la falta de certeza acerca del futuro de la persona cuidada ha sido objeto de estudio en las familias de personas con enfermedades crónicas en estado terminal (Cohen, 1993, 1995), y abordada específicamente durante la ERC y las TRR en familiares y personas cuidadoras (DePasquale *et al.*, 2019; Ebadi *et al.*, 2018; Fisher, 2001; Mantulak y Nicholas, 2016; Nicholas, 2017; Tong *et al.*, 2008, 2010; Wightman *et al.*, 2019), pocos estudios han rescatado sus particularidades en este padecimiento. En esta sección presentamos un breve bosquejo de las experiencias de incertidumbre en las participantes del estudio.

La incertidumbre vivida por las cuidadoras entrevistadas se da de forma sostenida; es decir, la experiencia de este sentimiento no se aleja o disipa, se mantiene en el tiempo, ello tiene que ver con las características de las TRR. Las cuidadoras han sido testigos de complicaciones relacionadas con la DP o HD en quienes cuidan; incluso, han sido informadas de ocasiones en las que personas fallecen al estar conectados a la máquina hemodializadora. Esto ha hecho que teman no sólo por la enfermedad sino también por los procedimientos médicos que buscan contrarrestarla.

Convertirse en cuidadora de una persona que recibe TRR es darse cuenta de que la persona enferma corre riesgos cada que se somete a los procedimientos que se supone deberían ayudarle a estar mejor. Ello le pasó a Miriam la primera vez que le harían la HD a su hijo en una clínica particular, después de haber recibido las primeras sesiones en el Hospital Central y cuya narración lo ejemplifica:

Le hablaron a él y ya se metió. Pero uno no sabe, vas sabiendo como vas viendo las cosas. Me dice una señora: “¿a poco su hijo viene hemodiálisis”, le digo: “sí”; “le hubiera dado su bendición, le hubiera dicho que aquí lo esperábamos, porque muchos quedan adentro”. ¿Se imagina cómo

me sentí? ¡no, me sentí mal, mal! que yo me salí a llorar. No me salí a llorar adelante de la gente porque dije: “Voy a esperar a mi hijo”. Ya cuando vi que estaban saliendo las personas, me puse en frente, y “no sale, no sale”, sintiéndome mal por dentro. Había más gente, pues cada quién con su paciente, ¡pero yo me sentía tan mal! no sabe. Ya cuando vi que salió mi hijo, ¡gracias a Dios!

La incertidumbre permanece durante todo el tiempo del padecimiento y se intensifica en los momentos de complicaciones en la salud de la persona cuidada. De nueva cuenta, Miriam comparte una situación con cinco años de diferencia del escenario anterior. En ese momento, su hijo estaba internado en una clínica del IMSS tras contraer una infección bacteriana en su catéter. Habían acudido a IGSA a su sesión de hemodiálisis y el sentimiento de incertidumbre lo experimentó de manera intensa:

Uno está en IGSA, siempre lo acompaña, siempre debe de estar ahí, fue lo primero que nos dijeron. Ese día me salí, me sentía yo mal sin dormir, sin comer, porque ya llevábamos días, me sentí mal. Siempre habla una bocina a un familiar por cualquier cosa, ponle que como una media hora llevaba cuando hablan en la bocina: “familiares de [apellido de su hijo]”; me sentí, pero mal que me sentí, haz de cuenta que yo como que no veía nada, yo iba como sonámbula así caminando. Cuando subo las escaleras veo a la doctora y enfermera así en medio todas, y yo me quedé así, dije: “¡Dios mío!”, yo ya me sentí muy mal porque me hablaron, y le digo: “sí doctora, dígame”. Dice: “señora, ¿ya me trajo las copias?”. Ya me hice así, digo: “¿qué era doctora? ¿para qué me hablaba? ¿nada más me hablaba para eso? ¿para las copias?”, “si señora”. Ay, ¡te juro que me sentí tan mal! Yo me salí a llorar a la calle, me salí a llorar, casi quería gritar por el momento que pasé en ese momen-

to, porque solamente hablan para lo urgente, no por otra cosa, así que ¿te imaginas como me sentí?

De este modo, la incertidumbre se tradujo en múltiples ocasiones en la sobrevigilancia hacia la persona cuidada: lo que hace, lo que come, su apariencia e incluso su sueño:

Uno ya no duerme igual como dormía uno. Toda la noche me despertaba y me iba y me asomaba, estoy al pendiente; voy y me asomo. Me paro y siempre me asomo de él, así ha sido desde que él se enfermó. A horas de la noche despierto y voy y me asomo, siempre, siempre estoy al pendiente de él.

En la literatura, la incertidumbre ha estado asociada a las enfermedades en estado terminal o de gravedad, pero también a las enfermedades crónicas. Como se mencionó al inicio de este capítulo, la incertidumbre ha sido abordada en las personas cuidadoras y las familias de personas con ERC, pero poco se ha particularizado en este padecimiento y sus tratamientos.

Lo encontrado en este trabajo apunta a que la incertidumbre está relacionada con las TRR en sí. Las cuidadoras se dieron cuenta en las capacitaciones y a lo largo de la enfermedad de que cualquier descuido o circunstancia anormal puede desencadenar una complicación que comprometa el bienestar e incluso la vida de quienes cuidan.

A pesar de que las TRR han venido a alargar y mejorar la vida de los pacientes que padecen ERC, no podemos negar el carácter iatrogénico que tienen a corto y largo plazo si se no se llevan a cabo de manera correcta, además de que el deterioro físico por la cronicidad de este tipo de procedimientos es innegable (López *et al.*, 2010).

Consideraciones finales

En el presente capítulo se abordaron cuatro aspectos que han hecho que las participantes se hayan configurado como cuidadoras: descubrir la enfermedad en la persona cuidada; adentrarse en el mundo de la ERC y las TRR; aprender a moverse en los servicios de salud; y experimentar la incertidumbre sostenida. Con las descripciones del análisis realizado es como puedo afirmar que el rol se aprende, se mejora y se perfecciona hasta convertirse en cuidadoras. De todo ello, cabe destacar dos aspectos.

El primero es el hecho de que se eligió ir a un médico privado antes que al IMSS, incluso cuando cuentan con la derechohabencia a la seguridad social. La respuesta puede estar dada al considerar al menos dos cosas. Por un lado, la poca accesibilidad que se tienen a los servicios de salud en la institución por la alta demanda de estos.

Los tiempos para poder acceder a una consulta en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) son limitados dado que los médicos asisten de lunes a viernes, las personas tienen asignadas un turno de atención –matutino o vespertino–, además de que, al no tener cita, los tiempos de espera son largos e incluso pueden quedarse sin atención si no ha cupo y el tiempo de consultas se termina (Escobedo, 2017).

Aunado a lo anterior está el fenómeno de los consultorios anexos a farmacias en las dos últimas décadas (Hayden, 2007). Los relativos beneficios de estos consultorios se relacionan con los bajos costos de las consultas para la mayoría de la población –alrededor de 50 pesos entre semana y 70 pesos los fines de semana y días feriados– y los medicamentos; sus horarios extensos y los tiempos de espera menores a lo que las instituciones de seguridad social pueden brindar, los hace ser más socorridos.

Además, es común encontrar estos consultorios en barrios pobres por lo que se reduce el tiempo y el dinero de los traslados, e incluso en los últimos años las cadenas de farmacias han agregado un consultorio anexo a ellas donde dan orientación

médica gratuita con la condicionante de que los medicamentos se compren en el mismo establecimiento.

Ante las aparentes ventajas de los servicios privados sobre los públicos, sobre todo los relacionados con los tiempos de espera para la atención, es que se puede comprender que se ponga al IMSS como segunda, tercera o cuarta opción de atención médica. Así, a los consultorios privados se acude para tratar enfermedades consideradas más leves o transitorias, mientras que al IMSS se acude entonces cuando los padecimientos son más serios o necesitan medicamentos y procedimientos más especializados o de larga duración.

El segundo aspecto que nos parece importante resaltar es lo que implicó para las participantes el aprender a moverse en los servicios e instituciones de salud. Tal como se comentó antes, las participantes aprendieron a comportarse como cuidadoras y a solicitar los servicios de salud siguiendo las reglas de conducta de las instituciones; se refirieron al personal sanitario de la manera en la que interpretaron que estaban obligadas moralmente a hacerlo (Goffman, 1956).

Los comportamientos que hicieron referencia a lo descrito incluyeron mostrar que ellas y las personas que cuidaban eran dignas de recibir la atención en salud necesitada, o que su necesidad era tal que merecían se hicieran excepciones con ellas en situaciones como, por ejemplo, cuando no había medicamentos e iban a solicitarlos directamente a los altos mandos de las unidades de salud. Cuando las cuidadoras con este comportamiento demostraban que apreciaban su necesidad de atención y tratamiento para quienes cuidaban, hacían entender a los profesionales sanitarios que ellas eran el tipo de persona con quienes podían establecer una buena relación (Goffman, 1956).

Lo anterior da cuenta de las súplicas que se hacen por parte de las cuidadoras para obtener atención en salud (Padilla, 2017) y que ello se da no sólo en instituciones donde la mayor atención es a personas sin seguridad social, sino que se extiende a dependencias del IMSS.

Existen otras cuestiones por considerar respecto de la experiencia de las cuidadoras. Otorgar cuidados trajo consigo consecuencias en su bienestar. Entre los efectos en el bienestar emocional que mencionaron, están la percepción de angustia y amenaza constante, sentimientos de dolor, impotencia y fatiga emocional.

También estuvieron presentes la ira y autoacusaciones de negligencia por el desarrollo de la enfermedad cuando la persona que recibe TRR era su hijo. Asimismo, las cuidadoras mencionaron la hipervigilancia de la persona enferma que se intensificaba por las noches y un constante paso entre la esperanza y los lapsos de desaliento durante todo el proceso de la enfermedad.

Las características del sistema nacional de salud: fragmentado, inequitativo y desigual, moldeó las experiencias de las participantes de este estudio, además del proceso de reestructuración y cambios a nivel operativo que atraviesa el sistema desde el año 2018. El acceso a los tratamientos de TRR en las instituciones públicas de salud estuvo condicionado al tipo de seguridad social que tuvieran. Por ejemplo, quienes de primer momento tuvieron acceso al hoy extinto Sistema de Protección Social en Salud y de su brazo operativo, el Seguro Popular, no contaban con el servicio de TRR, al no estar incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud 2018 (CAUSES).

Las únicas intervenciones relacionadas que incluía dicho catálogo son la cateterización venosa para diálisis renal y el trasplante renal a menores de 18 años, por lo que excluía a las personas cuyo tratamiento consiste en HD o DP, o las personas que requerían un trasplante renal TRF que tenían más de 18 años (Comisión Nacional de Protección Social en Salud / Seguro Popular, 2018).

Lo anterior obligaba a las personas enfermas, las cuidadoras y a sus familias a buscar la movilización de recursos de todo tipo para lograr que las personas enfermas fueran atendidas. El ejemplo más explícito fue la búsqueda de la incorporación de las personas con ERC a la seguridad social, ya fuera como de-

rechahabiente o como beneficiario, para así poder recibir el tratamiento médico que necesitaban y que en el sector privado era económicamente insostenible para ellos.

Para concluir, consideramos que la creación de un Sistema Nacional de Cuidados (SNC) en México, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en diciembre de 2020 (Secretaría de Gobernación, 2020), puede contribuir al bienestar de esta y otras poblaciones, sin embargo, hasta la fecha pocos son los avances conocidos en la coordinación de este sistema, a pesar de los esfuerzos de algunas asociaciones civiles, la academia y organizaciones de personas cuidadoras en diferentes estados de la República mexicana.

Es necesario recordar que no son sólo las infancias, las personas adultas mayores o las personas con discapacidad precisan de cuidados. Tal como este estudio lo muestra, no podemos dejar fuera de los beneficios de un sistema de este tipo a los jóvenes o personas adultas que por alguna condición médica como la ERC u otros padecimientos necesiten cuidados en diferentes grados.

Referencias bibliográficas

- AGUDELO BOTERO, M., Valdez Ortiz, R., Giraldo Rodríguez, L., González Robledo, M. C., Mino León, D. *et al.* (2020). "Overview of the burden of chronic kidney disease in Mexico: secondary data analysis based on the Global Burden of Disease Study 2017", *BMJ Open*, 10 (3): e035285. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035285>.
- AVILÉS GÓMEZ, R., Luquin Arellano, V. H., García García, G., Ibarra Hernández, M. y Briseño Rentería, G. (2006). "Is renal replacement therapy for all possible in developing countries?", *Ethnicity & Disease*, 16 (70-72). Recuperado de <<https://www.jstor.org/stable/48667025>>
- BENVENISTE, S., Goldzweig, G. y Jacoby, R. (2020). "Illness narratives through the eyes of parents of children with end-stage renal disease", *Qualitative Health Research*, 30 (12): 1798-1806. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732320938040>

- BURY, M. (1982). "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, 4 (2): 167-182. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>.
- CHANDRAN, D., Corbin, J. H. y Shillam, C. (2016). "An ecological understanding of caregiver experiences in palliative care", *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12 (1-2): 162-182. DOI: <https://doi.org/10.1080/15524256.2016.1156602>
- CHARMAZ, K. (2005). "Grounded theory in the 21st century", en N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3ª ed.). Nueva York: Sage Publications, pp. 507-535.
- (2011). "A constructivist grounded theory analysis of losing and regaining a valued self", en F. J. Wertz, K. Charmaz, L. M. McMullen, R. Josselson, R. Anderson y E. McSpadden (eds.), *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 165-204.
- y Mitchell, R. G. (2001). "Grounded theory in ethnography", en P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland y L. Lofland (eds.), *Handbook of Ethnography*. Nueva York: Sage Publications, pp. 160-174.
- COHEN, M. H. (1993). "The unknown and the unknowable-managing sustained uncertainty", *Western Journal of Nursing Research*, 15 (1): 77-96. DOI: <https://doi.org/10.1177/019394599301500106>.
- (1995). "The triggers of heightened parental uncertainty in chronic, life-threatening childhood illness", *Qualitative Health Research*, 5 (1): 63-77. DOI: <https://doi.org/10.1177/104973239500500105>
- COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD / Seguro Popular (2018). *Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2018*. México: Secretaría de Salud.
- DAVIS, F. (1991). *Passage Through Crisis: Polio Victims and Their Families*. Londres: Routledge.
- DEPASQUALE, N., Cabacungan, A., Ephraim, P. L., Lewis-Boyér, L., Powe, N. R. y Boulware, L. E. (2019). "Family members' experiences with dialysis and kidney transplantation", *Kidney Medicine*, 1 (4): 171-179. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2019.06.001>
- EBADI, A., Sajadi, S. A., Moradian, S. T. y Akbari, R. (2018). "Suspended life pattern: A qualitative study on personal life among family caregivers of

- hemodialysis patients in Iran”, *International Quarterly of Community Health Education*, 38 (4): 225-232. DOI: <https://doi.org/10.1177/0272684X18773763>
- ESCOBEDO SALAS, K. D. (2017). *Nivel de satisfacción de los derechohabientes de 20 a 59 años que reciben atención médica con el nuevo proyecto de mejora unifila (pacientes sin cita) en la Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS de la delegación Aguascalientes*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes. Recuperado de <<http://hdl.handle.net/11317/1264>>
- FISHER, H. R. (2001). The needs of parents with chronically sick children: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (4): 600-607. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02013.x>
- GARCÍA GARCÍA, G., Gutiérrez Padilla, A., Pérez Gómez, H. R., Chávez Iñiguez, J. S., Morraz Mejía, E. F. et al. (2019). “Chronic kidney disease of unknown cause in Mexico: the case of Poncitlan, Jalisco”, *Clinical Nephrology*, 93 (S1): 42-48. DOI: <https://doi.org/10.5414/CNP92s107>
- GOFFMAN, E. (1956). The nature of deference and demeanor. *American Anthropologist*, 58(3), 473-502. DOI: <https://doi.org/10.1525/aa.1956.58.3.02a00070>
- HAYDEN, C. (2007). “A generic solution? Pharmaceuticals and the politics of the similar in Mexico”, *Current Anthropology*, 48 (4): 475-495. DOI: <https://doi.org/10.1086/518301>
- KIERANS, C., Padilla Altamira, C., García García, G., Ibarra Hernández, M. y Mercado, F. J. (2013). “When health systems are barriers to health care: Challenges faced by uninsured Mexican kidney patients”, *Plos One*, 8 (1): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1371/annotation/453f8721-a450-469c-9fd7-5cf43b21f957>
- KITAY, E. F. (1999). *Love’s labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. Londres: Routledge.
- (2020). *Love’s Labor. Essays On Women, Equality and Dependency* (2ª ed.). Londres: Routledge.
- LÓPEZ CERVANTES, M., Rojas Russell, M. E., Tirado Gómez, L. L., Durán Arenas, L., Pacheco Domínguez, R. L. et al. (2010). “Situación actual de la enfermedad renal crónica en México”, en M. López Cervantes (ed.), *Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 19-46.
- MANTULAK, A. y Nicholas, D. B. (2016). “‘We’re not going to say it’s suffering; we’re going to say it’s an experience’: The lived experience of maternal care-

- givers in pediatric kidney transplantation”, *Social Work in Health Care*, 55 (8): 580-594. DOI: <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1208712>
- MATTINGLY, C., Grøn, L. y Meinert, L. (2011). “Chronic homework in emerging borderlands of healthcare”, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 35 (3): 347-375. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11013-011-9225-z>
- MELESKI, D. (2002). “Families with chronically ill children”, *The American Journal of Nursing*, 102 (5): 47-54. Recuperado de <<https://www.jstor.org/stable/3522727>>
- MENÉNDEZ, E. L. (2020). “Acciones marginadas y ninguneadas pero básicas: coronavirus y proceso de autoatención”, *Ichan Tecolotl*, 31 (336). Recuperado de <<https://ichan.ciesas.edu.mx/acciones-marginadas-y-ninguneadas-pero-basicas-coronavirus-y-proceso-de-autoatencion/>>
- NICHOLAS, D. B. (2017). “Examining the roles and experiences of fathers of children with chronic kidney disease”, *Global Qualitative Nursing Research*, 4: 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333393617705035>
- PADILLA ALTAMIRA, C. (2016). “Solidaridad y cooperación. El surgimiento de la comunidad en torno a la enfermedad renal crónica”, en F. J. Mercado-Martínez y E. Hernández-Ibarra (eds.), *Crónica de la enfermedad renal. Voces que viven y escuchan el padecimiento*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- (2017). *Healthcare at the Margins: An Ethnography of Chronic Kidney Disease and Peritoneal Dialysis in Mexico*. Liverpool: University of Liverpool.
- RISSETO MIETO, F. S. y Szyliet Bouso, R. (2014). “The mothers’ experiences in the pediatrics hemodialysis unit”, *Brazilian Journal of Nephrology*, 36 (4): 460-468. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140066>
- ROBLES SILVA, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Editorial Universitaria de la Universidad de Guadalajara.
- SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN (2020). “Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar”, *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020> (consultado el 4 de agosto de 2021).
- STEWART, M. J. y Langille, L. (2000). “A framework for social support assessment and intervention in the context of chronic conditions and caregiving”, en M. Stewart (ed.), *Chronics Conditions and Caregiving in Canada: Social Support Strategies*. Toronto: University of Toronto Press, pp. 3-28.

- THORNBERG, R. y Charmaz, K. (2014). "Grounded theory and theoretical coding", en U. Flick (ed.), *Qualitative Data Analysis*. Nueva York: SAGE Publications, pp. 153-169.
- TONG, A., Lowe, A., Sainsbury, P. y Craig, J. C. (2008). "Experiences of parents who have children with chronic kidney disease: A systematic review of qualitative studies", *Pediatrics*, 121 (2): 349-360. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3470>
- (2010). "Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study", *Child: Care, Health and Development*, 36 (4): 549-557. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x>
- WIGHTMAN, A., Zimmerman, C. T., Neul, S., Lepere, K., Cedars, K. y Opel, D. (2019). "Caregiver experience in pediatric dialysis", *Pediatrics*, 143 (2): e20182102. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2102>

Modernización mercantil del IMSS. Obtención del bienestar

María Luisa Mussot López

Salud y bienestar son dos conceptos que se piensan constitutivos uno del otro en tanto que la salud puede ser concebida como condición de independencia personal y, por ende, como posibilidad de satisfacción de vida (Camarena, 2018). No obstante, este tema, analizado desde el proceso de mercantilización de las instituciones garantes de la salud y del bienestar mexicanas, así como de sus prácticas –IMSS–, muestra lo contrario. Indica que han ido desarrollándose paulatinamente procesos disociativos entre ambos, vinculados a la individualización y desnaturalización del bienestar, a los que se ha yuxtapuesto la mercantilización de la salud concebida esencialmente como atención a la enfermedad –desde una perspectiva esencialmente técnico-biologicista.

Las anteriores alteraciones han propiciado condiciones y criterios de producción social contrarios a experiencias de bienestar satisfactorias para quienes acceden a los servicios para hacer efectivos sus derechos. Han provocado la desconexión de la persona, en su individualidad, de una sociabilidad común propia a una experiencia de vida social constituida y restituida cíclicamente en procesos de interacción con una institución cuyo objetivo había sido garantizar progresivamente los derechos sociales a la salud y el bienestar social como bienes públicos, mandatado desde un acuerdo social signado constitucionalmente.

El objetivo del presente capítulo es desarrollar algunos argumentos que apoyen el debate sobre el análisis de las implicaciones del proceso de modernización mercantil del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sucedido de 1982 a 2018,

particularizando en su incidencia negativa en el bienestar y en la experiencia vivencial en torno a éste –individual y colectiva. Lo anterior debido a que el Instituto constituyó un determinante central en el complejo contexto donde se realizaba y realiza el bienestar de un importante segmento de la población mexicana –casi 48 millones de personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias del Instituto.

El estudio se realizó desde una perspectiva multidimensional que ambiciona concretar un enfoque de complejidad. Desde éste se busca dar cuenta que los determinantes del bienestar están asociados a la estructura, orden social, político y axiológico prevalecientes en tiempo y espacio –progreso social–, mismos que posibilitan y garantizan, o bien impiden, generar condiciones para el bienestar objetivo –salud-bienestar–, a la vez que repercuten de manera directa en las experiencias vitales de las personas –emociones y satisfacción de las personas con su vida o bienestar subjetivo. Estos entornos que explican por qué la mercantilización del IMSS ha obstaculizado que las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias alcancen niveles de bienestar de forma sostenida, incidiendo en que estas tengan una valoración de vida, tanto individual como social, alejada de experiencias satisfactorias, por la forma como acceden, se les prestan los servicios y son tratadas.

El texto muestra algunos de los principales cambios sucedidos al interior del IMSS derivados de las varias alteraciones a la estructura social que resultaron del cambio estructural del país hacia el modelo de desarrollo de libre mercado y que colocaron a éste como el eje de la organización social. En particular, se distinguen las transformaciones internas sucedidas en el Instituto, mismas que le desdibujaron como régimen de protección social solidario, integral, redistributivo y tendencialmente universal, cuyo fin se centraba en el bienestar de las personas. El Instituto atendía las necesidades de bienestar ante las vicisitudes –riesgos sociales– a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas, garantizándoles los derechos a la salud y a la seguridad social.

Dichos cambios condicionaron, reorientaron y reconceptualizaron a la salud y a la seguridad social desde una perspectiva y lógica mercantiles. Con ello se alteró la propia noción y las experiencias en torno al bienestar integral. El acceso efectivo a los derechos sociales –salud y seguridad social– conforma un constituyente indisociable y primordial del progreso social, por lo que su desdibujo y contracción es una muestra clara de la degradación del bienestar, tanto en su aspecto material como de satisfacción de vida.

La elaboración del estudio se realizó a partir de mirar y analizar el proceso histórico transversal de los factores multidimensionales que intervinieron en el complejo proceso de la modernización mercantil del Instituto. La estrategia metodológica seguida para analizar la mercantilización del bienestar fue de orden cualitativa a través de una revisión documental general de las reformas sanitarias y de la administración pública, y en particular desde un exhaustivo análisis de fuentes primarias del IMSS, de 1982 a 2018. La reflexión se ordenó identificando los procesos emergentes –únicos–; irrepetibles y coyunturales–; los repetibles –diversidad de aproximaciones para lograr un objetivo–; los históricos –de corta mediana y larga duración–, y cuando los hubo, los de ruptura.

IMSS, degradación del bienestar en el México neoliberal

La trayectoria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como institución de Estado, pionera y pilar de la realización y garantía integral del derecho social a la salud y la seguridad social, está vinculada a las pautas, prácticas y valores propios al desarrollo económico político y social prevalecientes en las etapas del México moderno. Las circunstancias y componentes de orden macroeconómico, sociopolítico y cultural que facultaron el fortalecimiento y crecimiento del Instituto en sus primeras cuatro décadas fueron transformadas desde la década de 1980. El país transitó de un capitalismo nacional productivis-

ta –industrialización– a un capitalismo de libre mercado global, financiero y de servicios, conversión que supuso una nueva forma de relación social entre el Estado, el mercado y la sociedad y, en consecuencia, la alteración sustantiva del modelo de bienestar integral que, aunque limitado en cobertura, era garantizado por la seguridad social –esencialmente a través del IMSS, institución de Estado pilar de su garantía plena.

Los cambios mencionados se explican por las premisas subyacentes al nuevo modelo de capitalismo de libre mercado, reconocido como capitalismo neoliberal. Este, en su versión de capitalismo financiero rentista, representa la superestructura ideológica y política del capitalismo moderno (Therborn, 1997) y se distingue por la infiltración del poder transnacional a los estados-nación soberanos, ciñéndose a él (Santelice, 2017).

Guiado por el credo del mercado como el mejor mecanismo para asignar recursos y satisfacer necesidades individuales, el Estado neoliberal se propuso dismantelar al Estado social de derecho, responsable del progreso social, que había sido progresivamente universal y aspiraba a consolidar una sociedad igualitaria y justa. Con el propósito de minar el compromiso social del Estado y su práctica con el bienestar, fueron impulsadas reformas sociales de mercado afines a los intereses de éste: individualizar el bienestar comprometiendo a las personas a realizarlo a través del mercado; mercantilizar los servicios públicos organizando y centrando su funcionamiento en la lógica de competencia de mercado para maximizar ganancias, además de desnaturalizar y atropellar los derechos sociales adquiridos a través de luchas y conquistas históricas, entre otras.

Estos cambios supusieron una novedosa forma de concebir el bienestar y la manera de realizarlo alejadas del compromiso social por el que el Estado se obligaba frente a la sociedad a garantizar colectiva e individualmente los derechos sociales con progresiva igualdad y universalidad. Su garantía como responsabilidad social fue sustituyéndose por la “libertad individual” de acceder a los servicios para satisfacer necesidades –alejadas

de la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos. Hecho que supuso el abandono de las políticas de protección social de derechos y la reforma de las instituciones garantes, propósito por el que las diversas dimensiones del progreso social y del bienestar se han mercantilizado, o privatizado: la salud, la vivienda, la educación, la seguridad social, por mencionar sólo algunas.

El bienestar fue convirtiéndose en un asunto privado, responsabilidad de las personas y familias, quienes, de manera individual, poseen la “libertad” de acceder a cubrir sus necesidades sociales a través del mercado y con los proveedores de su preferencia, públicos o privados. Ello ha propiciado que la protección del riesgo social, que se realizaba desde el espacio público-estatal por medio de instituciones públicas de protección social garantes de los derechos, se reemplazara por una gerencia mercantil de las organizaciones públicas y por el acceso al bienestar de forma individualizada y en la figura de consumidores (clientes) y no personas titulares de derechos.

Además, el dogma del libre mercado postuló la escasez de recursos para el bienestar, lo que provocó que la acción estatal fuera ajustándose a una atención técnica de orden subsidiario y temporal, independientemente de las particularidades histórico-contextuales, y que se concentrara en las poblaciones que viven en pobreza, acción que se conforma por ayudas asistenciales, focalizadas, condicionadas y selectivas. A esta población se le ofrece de manera individual y supeditada un mínimo de ingreso y acciones puntuales de alimentación, salud y educación, a efecto de acrecentar su capital humano –desarrollo de capacidades productivas–,¹ permitiendo así su inserción y competencia en el mercado (Fejeiro, 2005; Barba, 2013).

Esta reorientación sobre la responsabilidad social del bienestar ha implicado la aparición de una fuerte tensión para mantener la supervivencia de los regímenes de seguridad social –anclados

¹ Política orientada a la formación de capital humano, promoviendo el uso productivo del trabajo, bien que los pobres poseen en mayor abundancia (Banco Mundial, 1993).

al empleo formal asalariado y subordinado– dictando su paulatino desmantelamiento y desplazamiento hacia sistemas de Protección Social de Básicos Universales. El “universalismo de básicos” representa un nuevo paradigma del bienestar arraigado a un *ethos* meritocrático –ganadores y perdedores en el libre mercado–, en el que el acceso al bienestar es de orden individual y se percibe como paliativo contra la pobreza. El cambio de orientación ha sido justificado por el crecimiento de la informalidad laboral –desprotegida de la seguridad social–, sin que se atiendan las causas de su origen, generalización y sostenimiento en el tiempo –jurídicas, económicas y sociales. Los sistemas del universalismo de básicos están constituidos por estrategias de carácter asistencial, costo-eficientes, de política focalizada en población en condición de bajos ingresos y vulnerabilidad (CEPAL, 2006; OIT, 2010).

En este contexto y durante el periodo de los años ochenta hasta 2018, México transitó a un capitalismo nacional de libre mercado, competencia global y égida financiera, en detrimento del mercado interno nacional, modelo que permaneció en nuestro país como política de Estado hegemónica y por el que se impuso una nueva forma de acuerdo y regulación social: el liberalismo económico-social. Éste implicó cambios sustantivos en el modelo de bienestar y en el de sus instituciones garantes, particularmente las de la seguridad social, entre las que el IMSS fue pionera y pilar de la realización y garantía integral del bienestar integral en su calidad de institución de Estado.

Tres premisas guiaron la acción pública de esta regulación nombrada neoliberal: el descrédito del Estado interventor posrevolucionario en pro de la liberalización del mercado; el vaciamiento y privatización de lo público; y la exaltación y enardecimiento del individualismo y la competencia de mercado.

El Estado posrevolucionario mexicano había orientado e impulsado el desarrollo industrializador nacional con una política de redistribución de la riqueza a través de un acuerdo político-corporativo con los sectores populares y variadas fracciones del

capital, además de cumplir con las históricas demandas sociales. Su política social vinculada a la política económica abrigaba una orientación redistributiva, aunque en una relación de legitimidad por bienestar (Barba, 2007). La garantía del bienestar social formaba parte de la ecuación del progreso social: crecimiento económico, estabilización política, inclusión y justicia social. El ánimo para redistribuir la riqueza condujo a cimentar fuertes bases legislativas e institucionales desde el Estado tendientes a generar condiciones de vida óptima para las personas asalariadas y sus familias, garantizándoles progresivamente los derechos laborales y los sociales. La institución insignia que materializó este propósito –a través de ofrecer bienestar integral– lo constituyó el IMSS, en conjunto con otras acciones de política pública que tutelaron a los sectores más desprotegidos. Su amalgama permitió avanzar en el binomio de justicia social con estabilidad política.

La seguridad social fue signada constitucionalmente en 1929 como un derecho laboral y social que aseguraría la protección que toda persona puede necesitar ante las vicisitudes de la vida –enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez, vejez y muerte–, es decir, responsable y garante de la protección social de las personas trabajadoras asalariadas y sus familias durante todo el ciclo de vida –bienestar integral.

A la seguridad se le concibió como un bien público, lo que significa que:

1. La responsabilidad del bienestar corresponde al conjunto de la sociedad, para la que es relevante y por la que se protegen los riesgos sociales del ciclo de vida de las personas;
2. Su cometido es tanto colectivo como individual, confluyendo el Estado como garante del bienestar y las personas como titulares de derechos y beneficiarias;
3. El Estado representa al sujeto obligado de instrumentar y garantizar los derechos sociales del bienestar –protec-

ción social y salud del ciclo de vida de las personas– en oposición a la compra individual de seguros privados;

4. La responsabilidad de la institución pública que la representa e instrumenta es de naturaleza colectiva, redistributiva y solidaria; y

5. Su propósito es que, a través suyo, el Estado realice los derechos protegiendo socialmente a las personas en lo individual y colectivo, lo que promueve a su vez la estabilidad social y la legitimación política (Mus-sot, 2023).

Mercantilización del IMSS

El proyecto del liberalismo económico-social en México de 1982 a 2018 planteó como uno de sus objetivos esenciales el trascender el modelo intervencionista del bienestar –incompleto y autoritario (Barba, 2007)– a uno mercantil neoliberal. Ello significó “modernizar” las instituciones sociales a través de introducir la lógica mercantil en su organización, funcionamiento y cultura organizacional para así adecuar los bienes públicos a los objetivos, prioridades, estrategias y políticas del libre mercado –premisas para su privatización.

A lo largo de todo el periodo neoliberal el término “modernización” significó la introducción de estrategias gerenciales de mercado o de gestión privada destinadas a abrir espacios públicos del bienestar a la rentabilización privada, haciéndolas eficientes y productivas para, a largo plazo, transformarlas en espacios rentables y de competencia mercantil. El IMSS era considerado área prioritaria de amplio beneficio social o entidad estratégica de servicio institucional con función social, por lo que a través de su modernización buscaría eliminarse su carácter monopólico heredado del modelo desarrollista –monopolio del bienestar social. El fin de su modernización era concretar su redimensionamiento como institución de Estado y su conversión en una empresa público-mercantil.

Las estrategias modernizadoras implementadas en dicho objetivo estuvieron orientadas por la lógica gerencial empresarial buscando conseguir la mercantilización del IMSS, su privatización silenciosa, propósito que se consiguió luego de un paulatino, secuencial y largo proceso constituido por la yuxtaposición de diversas estrategias de privatización: liberalización, desincorporación, desregulación, desreglamentación y contratación, entre las más significativas (Presidencia de la República, 1984, 2011; Salinas de Gortari, 1993; SCDA, 1996; SHCP, 1989, 1995, 1996, 2001, 2007, 2013; SFP, 2008). En la tabla 1 se define a cada una de ellas:

Tabla 1. Descripción de las estrategias de modernización mercantil

Estrategias de modernización mercantil del IMSS, 1982 a 2018	
Privatización	Liberalización
	Abolición del poder monopólico reglamentario del Estado, traspaso al sector privado.
	Desincorporación
	Cesión desde el Estado de las acciones públicas a los particulares vía su liquidación o traspaso con contratos de arrendamiento.
	Desregulación
	Derogación normativa obstáculo a la iniciativa privada para competir con el monopolio estatal, además de la promulgación de normas que modificaron las condiciones de competencia.
	Desreglamentación
	Eliminación de la norma tutelar de los intereses sociales para la libre acción de las fuerzas del mercado.
	Contratación
	Concesión a empresas privadas de la realización de actividades obligatorias del servicio público mediante la suscripción de Convenios.

Nota: elaboración propia con base en Sánchez (2010) y Steel y Head (1985).

¿Cómo se realizó la modernización del IMSS?

Las condiciones y factores que incidieron en la modernización mercantil del IMSS fueron multidimensionales. Destacan los que provocaron el deterioro institucional y allanaron el camino para su transformación mercantil, así como los que guiaron su cambio, derivados de las reformas de Estado neoliberales de la administración pública federal (APF) y del sector salud.

El largo proceso de débil crecimiento del PIB; la retracción de la inversión pública; la reducción del gasto público; la contención y baja en los salarios; el acuciante desempleo, la generalización de la informalidad y precariedad laboral; y el extendido empobrecimiento impactaron a la baja de las finanzas del Instituto durante la mayor parte del periodo de 1982 a 2016. El desfinanciamiento provocado por estas variables repercutió de manera directa en la erosión de la infraestructura institucional y del equipo, en el quebranto de los recursos humanos y en la degradación de la calidad de la prestación de los servicios – sociales, de salud y administrativos (IMSS, 1995, Tello, 2010; Terrones, 2011).

Esta situación se tradujo en una deficiente y poco oportuna prestación de servicios, de mala calidad, acompañados de maltrato por el personal del Instituto, debido a la sobre demanda de éstos. En consecuencia, se generaron experiencias insatisfactorias de vida, en lo individual y colectivo, en las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias, que afectaron negativamente su bienestar y que, en no pocos casos, se manifestaron a través de quejas (Osorio, Ravelo y Sánchez, 2006). La merma en la satisfacción de las experiencias de vida ha orillado, cuando las condiciones objetivas lo permiten – económicas, laborales, de tiempo, etc.–, a que las personas busquen la atención en los servicios privados, acción que en muchos casos subordina el bienestar material – resolución integral de la salud y con calidad– al bienestar de las emociones –experiencia de vida– por mejor trato y oportunidad de la

atención— (Laurell, 1999), degradando al bienestar concebido de manera integral.

La administración pública federal y el sector salud, como entidades de Estado, fueron reformados con base en los valores de mercado y a partir de ellos se dictaron los cambios que debía realizar el conjunto de las instituciones públicas de orientación social —seguridad social y salud. El IMSS, en su calidad de entidad paraestatal y garante del bienestar, estuvo obligado a seguirlos, propiciando su transformación mercantil. Dicha instrumentación sucedió acumulativamente en el largo plazo, con matices y adecuaciones propias acordes a las prioridades de quienes ocuparon el Ejecutivo federal —PRI-PAN-PRI—, el nivel de desarrollo alcanzado en los procesos de mercantilización y la evolución en las técnicas e instrumentos de la gestión empresarial introducidos.

Los cambios dictados tendían esencialmente a modificar las estructuras y el funcionamiento del Instituto, introduciendo como eje ordenador la lógica de mercado. La mercantilización del IMSS incluyó, entonces, cambios a su normatividad, estructura, organización, funcionamiento, cultura y valores organizacionales, procesos que terminaron convirtiendo al Instituto de bien público en una empresa público-mercantil. En términos del propio IMSS, a ello se llamó “modernización” y a inicios del nuevo siglo “innovación”.

En la tabla. 2 se muestran los principios orientadores, las estrategias de reestructuración y reordenamiento, así como las orientaciones que debían guiar la nueva gestión del Instituto, desde la racionalidad mercantil-privatista. En ellos coincidían las reformas que mandataron reformar al IMSS a lo largo del periodo de 1982 a 2018, tanto de la APF como del sector salud.

Tabla 2. Principios para guiar la nueva gestión del Instituto

Principios mercantiles de la APF y sector salud, guía de la reforma del IMSS		
Eficiencia, Eficacia, Equidad,	Productividad Calidad	Conforme a criterios de distribución de universos de usuarios, regionalización y escalonamiento de servicios.
Estrategias para la reestructuración mercantil del IMSS (APF y sector salud)		
Sectorizarse bajo la rectoría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) Desconcentrar las áreas administrativas y las funciones Desregular Redefinir las líneas de autoridad Fomentar la participación del sector privado en provisión de servicios Promover la subrogación interinstitucional de servicios en concertación con el sector privado – retraerse como sector público/combater todas las concentraciones Coordinar intersectorialmente los servicios abriéndose a los privados Promover la autonomía de gestión Cuadros básicos de insumos a nivel sectorial		
Orientaciones hacia una gestión mercantil del IMSS (APF y sector salud)		
Simplificación administrativa Planeación Evaluación –indicadores de eficiencia y productividad Automatización de procesos, gobierno electrónico y digital Capacitación y profesionalización en la lógica mercantil		Control Racionalización costo-eficiente de estructuras, recursos huma- nos, materiales y financieros Coordinación intersectorial Implantar paquetes básicos de in- sumos a nivel sectorial

Nota: elaboración propia con base en LGS (1984, 2003); SSA (1984); SS (1991, 1996, 2001, 2008, 2011, 2014, 2015); LOAPF (1982); Presidencia de la República (1983, 2011); Salinas de Gortari (1993); SCDA (1996); SHCP (1989, 1995, 1996, 2001, 2007, 2013); SFP (2008).

Estrategias mercantiles para la transformación del IMSS de bien público a empresa público-mercantil

En el proceso de largo plazo –1982 a 2018– para hacer transitar al Instituto de un bien público a una empresa público-mercantil, siguiendo las directrices de la APF y de la reforma estructural del sector salud, destacan dos momentos, mismos que se distinguieron con matices en una línea acumulativa de continuidad –inicio de procesos y consolidación.

Primer momento

El primer momento del proceso de mercantilización del Instituto corresponde a los gobiernos de Miguel de la Madrid, Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo, de 1982 a 1994. En este periodo la mercantilización fue nombrada “modernización” y se caracterizó por tres pretensiones esenciales: 1) la intención de retraer al Estado en la garantía del bienestar, obviando su responsabilidad frente a los derechos sociales a la seguridad social y a la salud; 2) redimensionar al Instituto (achicarlo) y, 3) allanar el camino para su desmantelamiento. Fue clara la intención de privatizar al Instituto, aboliéndolo como institución monopólica del bienestar.

Entre las estrategias de modernización mercantiles implementadas destacan, entre otras:

1. Desregular al Instituto a través de reformas normativas para liberar áreas al mercado y rentabilizarse con los privados (liberalización).
 - a) Reformas a la Ley del Seguro Social (LSS) de 1992: creación del Seguro de Retiro, y del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).
 - b) Reformas a la Ley del Seguro Social de 1995: eliminación del fondo colectivo de reparto pensionario, solidario y redistributivo a través de la individualización del ahorro de las personas trabaja-

doras y su privatización. Implicó transferir los recursos al sistema financiero con cuentas individuales para su administración privada vía las Administradoras de Fondos Para el Retiro (Afores). Implicó para el Instituto el desmembramiento de uno de sus seguros y acrecentar su desfinanciamiento. Asimismo, separó del Instituto las funciones de administración, rentabilización y pago de las pensiones, quedándose sólo con las funciones de recaudación y fiscalización: el Instituto recauda y fiscaliza la parte proporcional del salario base de cotización por retiro, cesantía y vejez (RCV) y la administración y rentabilización de los recursos de cada persona trabajadora quedó a cargo de las Afores a través de las Sociedades de Inversión Especializada en Fondos Para el Retiro (Siefores).

2. Reestructurar los ramos de aseguramiento, a través de su individualización y separación contable y en su rentabilización; además, se incorporó el Seguro de Retiro y creó el Sistema de Ahorro para el Retiro.

3. Desconcentrar administrativa y funcionalmente al Instituto, o reestructuración y separación de funciones de rectoría, administración y prestación de servicios, o disociación de las funciones del nivel normativo respecto del administrativo –desconcentrar y dispersar competencias administrativas para apoyar la autogestión de las delegaciones, subdelegaciones y unidades operativas.

4. Redimensionar:

a) Cambiar el esquema de los seguros. De los existentes en la LSS de 1973 –constituido por los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; enfermedad y maternidad, guarderías, y riesgos de trabajo– más el Seguro de Retiro –creado en 1992–, con

la LSS de 1995 el esquema quedó conformado por los seguros de invalidez y vida; retiro cesantía y vejez; enfermedad y maternidad; guarderías y prestaciones sociales; y riesgos de trabajo.

b) Concebir la salud como una mercancía, costean-do o poniendo precio a cada una de las intervenciones (“capitación”) y estableciendo los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

c) Introducir el autoaseguramiento privado en salud desde la propia institución pública, vía la obligación de contratar los seguros de renta vitalicia y sobrevivencia para poder disponer de las pensiones. Otra forma distinta fue el aseguramiento prepago o incorporación voluntaria al seguro de enfermedad y maternidad y la compra del seguro de salud para la familia. Posteriormente, la “capitación” serviría para comprar y vender los servicios de salud en el mercado de la salud dentro del Sistema Nacional de Salud.

d) Contener la inversión en infraestructura y equipamiento público a pesar del progresivo deterioro y saturación de servicios. Implicó afectar al personal del Instituto con sobrecargas de trabajo y falta de recursos para la atención, así como perjudicar a las personas derechohabientes y beneficiarias con diferimiento de citas, falta de insumos, de medicamentos y maltrato. Ello implicó el deterioro del bienestar objetivo en salud, que incluyó el de sus experiencias de vida.

e) Liberalizar espacios públicos para su rentabilización privada –subrogación de servicios–, particularmente guarderías y de hospitalización.

f) Rentar y vender a los privados, para su rentabilización, los servicios culturales, recreativos, deportivos y funerarios a través de “concesiones”.

5. Introducir la lógica de mercado centrada en una visión de disciplina y eficiencia financiera (costo-beneficio), así como incorporación de la “calidad” –herramienta empresarial de mejora continua– asociada al reto de la eficiencia, la reducción de costos, y racionalización de los recursos.

Implantar y generalizar una cultura gerencial mercantil con valores de individualización, competencia, mérito, estímulos por productividad, autonomía de gestión, entre otros, mismos que sustituyeron paulatinamente los de servicio público garante de derechos sociales, desdibujando la idea de éstos. Implicó pensar y tratar a las personas derechohabientes como clientes/consumidores, eliminando los valores de solidaridad, redistribución e igualdad, entre otros. (IMSS, 1984, 1995, 1996, 2000; IMSS-CIESS, 1992; LSS, 1992, 1995).

6. Privatizar los servicios de salud de primer y segundo nivel a través de la implementación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada² (AMGD) en territorio, lo que se reconoció como una “nueva era” del IMSS. Las AMGD implicaron establecer un esquema regionalizado de funcionamiento técnico, médico y administrativo de orden mercantil, con autonomía de gestión, en competencia entre sí por los recursos, con una lógica de prestación de servicios a demanda –contra la idea anterior del IMSS como bien público cuya obligación era ofrecerlos– y, a partir de esto, concebir a las personas derechohabientes y beneficiarias como clientes/consu-

² Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada resultaron de una propuesta del Banco Mundial y Funsalud. Fueron la experiencia precursora, con particularidades, del Seguro Popular, que quedó instrumentado a partir de 2003. Este último era un seguro financiero de incorporación voluntaria con atenciones restringidas en salud, dirigido a población abierta (sin seguridad social), con servicios de salud prestados a través de los Servicios Estatales de Salud y hospitales e institutos de la SSA.

midores de servicios con libertad de elección y no como sujetas de derechos. Fue un modelo de gestión que conllevó la incorporación del Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud (MIAIS) cuyo propósito era dar prioridad a las acciones preventivas y anticipatorias de las enfermedades (IMSS, 2000).

Las AMGD se impulsaron en 1998, aunque fueron pausadas en 2002 por la fuerte oposición de parte del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Estas no lograron quedar asentadas en la Ley del Seguro Social aprobada en 1995, aunque la iniciativa de ley original las incluía junto al propósito de privatización del ahorro de las pensiones, que se signó por ley. De la mano con la Secretaría de Salud el esquema funcional AMGD representaba un primer ejercicio de regionalización de los servicios tendiente a constituir la intersectorialidad del mercado de la salud.

Todas las estrategias mercantiles implementadas en este periodo afectaron los derechos individuales y colectivos de las personas derechohabientes y beneficiarias, cuyos efectos más negativos los padecerán las generaciones jóvenes y las mujeres.

Las estrategias de retracción del Estado en la garantía del bienestar integral se combinaron con el objetivo de fomentar el crecimiento del sector privado de servicios en salud (LGS, 1984). Su consecuencia fue fragmentar la integralidad de la protección social por parte del Instituto, el cual ofrecía en tanto bien público, servicios integrales para alcanzar el bienestar, es decir, garantizaba la protección de los riesgos sociales del ciclo de vida, tanto materialmente como en términos de las experiencias de vida de las personas –en lo colectivo e individual. La modernización implicó separar a la salud de la concepción de bienestar social, reduciendo la primera, esencialmente, a la atención de la enfermedad y a considerarla como una mercancía más para consumo en el mercado de los servicios de salud.

Mercantilizar al IMSS y orillarlo a aparecer casi exclusivamente como prestador de servicios de salud fue un propósito que se consolidó en este periodo. Y como se indicó, desmembrar la seguridad social como garantía de bienestar integral se hizo de la mano con incentivar el crecimiento del sector privado de la salud. Ello inicialmente se consiguió con el eufemismo de abrir el Instituto a la compra de servicios privados (subrogación) por la alta demanda de servicios de parte de la población derechohabiente, no obstante que la apertura respondió a incentivar la oferta de servicios de los privados, transfiriendo los recursos públicos a éstos. Con ello se disimuló, además, la intencional desatención del franco deterioro de la infraestructura y equipo del Instituto y la nula determinación por incrementarlo. Más tarde, cuando se detuvieron las estrategias para dismantelar al Instituto, el propósito y estrategias para incrementar los recursos financieros del mismo se hicieron con la mira de poder comprar y vender servicios, constituyéndose el Instituto en un competidor más del mercado de la salud, al que se le nombró en ese momento Sistema Nacional de Salud (SNS). En éste, el IMSS estaba llamado a jugar un papel central por representar la mayor red de servicios de salud del país, aunque ya una parte muy importante de ellos no los prestara de manera directa por medio de su infraestructura, sino a través de los privados vía la subrogación de los servicios médicos –atención, equipamiento e insumos, entre otros.

El siguiente reto del proyecto mercantil fue consolidar al Instituto como una empresa público-mercantil con alta capacidad financiera para comprar y vender servicios en el SNS y estimular el intercambio intersectorial de servicios de salud.

Segundo momento

A partir de inicios del nuevo siglo y hasta 2018, bajo las administraciones políticas de Vicente Fox, Felipe Calderón y Enrique Peña, los cauces de mercantilización del IMSS se centraron en convertirlo en un ente público con sustentabilidad financiera,

lo que le consolidaría como empresa público-mercantil. En el periodo previo ya había sido consumado el propósito de su reorganización y redimensionamiento y el reto en ciernes era la consolidación de su mercantilización. Ésta comportó nuevos apelativos: “democratización” con Fox, “alianzas” con Calderón y “universalización” con Peña.

A través de implementar estrategias mercantiles novedosas e innovadoras, este segundo periodo (2000-2018) se distinguió por un fuerte empeño por fortalecer las finanzas del Instituto –sustentabilidad financiera vía contención de costos y mejora de la recaudación–; separar las funciones normativas de las operativas; potenciar la fiscalización y la vigilancia –recaudación–; establecer las condiciones para la compraventa de servicios en el mercado de salud entre el sector público y el privado, profundizando la transferencia de recursos públicos al último, reconocido como intercambio interinstitucional de servicios; coadyuvar a la integración funcional del Sistema Integral de Salud; y fortalecer al Instituto como el mayor competidor en el mercado intersectorial de servicios de salud. Acciones que fueron justificadas, supuestamente, como necesarias para acabar con la fragmentación y segmentación del sistema sanitario mexicano.

La instrumentación del conjunto de estas estrategias incidió en cambiar la misión institucional: viró su funcionamiento hacia una lógica financiera, actuarial y contable por encima de garantizar el bienestar de las personas, paso que era necesario para generar las condiciones financieras y de gestión que permitirían concretar el Sistema Integral o Funcional de Servicios de Salud (sis) (Calderón) con financiamiento público. Éste refería a un modelo de integración interinstitucional, conformado esencialmente con sectores públicos, aunque con amplitud de servicios subrogados a los privados, que competiría por recursos y clientes con el sector privado. Dicho propósito no logró consolidarse.

En adelante, siguiendo el objetivo de mercantilización del Instituto, se buscaron nuevas estrategias de financiamiento

para concretar el sistema de compra-venta de los servicios en el mercado de la salud, pero no consiguió concretarse la reforma fiscal que fondeara el sistema. No obstante, ello no impidió implementar nuevas argucias para que el sector privado creciera y participara de una manera más activa y onerosa en el traspaso de los recursos públicos a sus manos. Se conformaron e instrumentaron nuevas figuras como los contratos plurianuales, servicios integrados y asociación público-privada, esquemas que nuevamente fueron justificados con el propósito de configurar el Sistema Nacional de Salud Universal (Sinasu) (Peña) (Musstot, 2023).

Entre las estrategias mercantiles instrumentadas en este segundo momento de consolidación de la mercantilización del Instituto se distinguieron:

1. Reformar la LSS de 2001. Sus objetivos fueron la reestructuración financiera del Instituto hacia la sustentabilidad y operación en el largo plazo, vía el reforzamiento de sus facultades fiscales, administrativas, procedimentales y tecnológicas y la modificación del monto de las cotizaciones.
2. Enfatizar la recaudación y fiscalización de recursos, a través de instrumentar:
 - a) Nuevas estrategias de recaudación.
 - b) Actos de autoridad certeros para reforzar las finanzas –precisar formas de registro e integración del salario base de cotización, y conceptos susceptibles de deducciones, junto con su aplicación estricta.
 - c) La fiscalización de los recursos por cuotas a través del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación e incorporación de la representación de la SHCP y de la Contraloría y Desarrollo Administrativo al H. Consejo Técnico. Su finalidad era consolidar la forta-

leza financiera y fiscalizadora del IMSS y la creación de reservas financieras.

3. Profundizar la contención de costos a través del uso intensivo de herramientas digitales, que también sirvieron para vigilar y racionalizar los recursos, con calidad, transparencia y ética (iniciativas “e-Gobierno” e “IMSS Digital”).
4. Desconcentrar las funciones de financiamiento –recaudación, administración y fiscalización– de la de provisión de servicios, e impulsar la autogestión, lo que significó separar las funciones normativas de las operativas e incorporar la gestión semiautónoma y autónoma a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada: OOAD-Delegacionales y OOAD-UMAE. Estos órganos, con semiautonomía funcional del nivel central respecto del primer y segundo niveles de atención en salud, permanecerían vinculados entre sí a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia.
5. Generalizar y naturalizar el funcionamiento mercantil empresarial, lo que incluyó:
 - a) Fortalecer implementar y profundizar la gestión gerencial-mercantil de los recursos humanos (profesionalización). Se reforzaron los principios y valores gerencial-empresariales centrados en la lógica costo-beneficio (eficiencia): modernización, eficacia, productividad, competencia, calidad, transparencia, separación de funciones,
 - b) Fortalecer implementar y profundizar la gestión por resultados, el presupuesto basado en resultados y el sistema de evaluación del desempeño, esquemas que involucraron la medición, evaluación y certificación de

procesos administrativos y operativos desde una lógica de costo-beneficio.

c) Desreglamentar al Instituto con nuevas normas para eliminar los obstáculos al uso de sus recursos patrimoniales para, por un lado, incrementar el financiamiento y liberalizar al mercado servicios sociales y, por otro, en salud, favorecer su competencia en el mercado intersectorial de servicios de salud. Nueva práctica de redimensionamiento que retrajo aún más al Instituto.

d) Autorizar por ley cambios estructurales y organizacionales: redefinición del régimen patrimonial y separación de funciones de rectoría y toma de decisiones de la de operación o prestación de servicios. Las primeras funciones permanecerían en el nivel central del IMSS y la segunda correspondería a los prestadores de servicios. Por ley se les dio autonomía de gestión y facultades para subrogar servicios –condición previa a venderlos y comprarlos en el mercado de la salud.

6. Profundizar la liberalización de espacios de privados en salud (subrogación) o subcontratación de servicios adjetivos y sustantivos al sector privado para satisfacer la responsabilidad de ley del Instituto de atención en salud y guarderías a las personas derechohabientes. Se escaló la subrogación a servicios integrales –procedimientos diagnósticos o terapéuticos completos y específicos–, a contratos plurianuales y luego a asociaciones público-privadas. Al tiempo que se transferían ingentes cantidades de recursos públicos a manos de los privados, se mantuvo retraído el fortalecimiento público del Instituto, sin mantenimiento ni nueva infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

7. Enfatizar en el intercambio de servicios y en la portabilidad de derechos entre instituciones públicas para constituir el mercado de la salud. Ello incluyó:

a) Homologar procesos y perfeccionar los esquemas de costos de las intervenciones en la atención médica con modelos de costeo, como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, Costos Unitarios Promedio; Grupos Relacionados con Atención Ambulatoria y Costeo Basado en Actividades; digitalización de expedientes (expediente clínico electrónico) y libertad de elección del personal médico.

b) Cambiar el modelo de atención en salud: modelo de Medicina de Familia y del Proceso de Mejora de Medicina Familiar; PrevenIMSS, DiabetIMSS. Se buscó reforzar en el primer nivel de atención la prevención de enfermedades y la capacidad resolutoria del personal médico para contener costos; se desarrollaron mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención; y se transitó al modelo técnico-científico basado en la evidencia (Sicalidad), para estandarizar la atención médica y proceder al intercambio de servicios.

c) Establecer “alianzas” o mecanismos de cooperación y coordinación con el sector público de la salud (Secretaría de Salud Federal, ISSSTE y otras), a través de convenios.

8. Mercantilizar la salud con lógicas prepago para consolidar al IMSS como aseguradora en salud de bajo costo (seguro voluntario y aseguramiento).

9. Incrementar la cobertura (seguro voluntario y Seguro de Salud para la Familia).

10. Continuar con la desincorporación –venta y renta de servicios sociales, culturales, deportivos, tiendas, entre otros (IMSS, 2001, 2003a, 2003b, 2006a, 2006b, 2010, 2014a, 2014b, 2016; LSS, 2001, 2009; SSA, 2001).

Consideraciones finales

Tras 36 años de administraciones neoliberales, el IMSS se convirtió y funcionó como una empresa público-mercantil centrada en cuidar y potenciar preferentemente los aspectos financieros. Su propósito fue convertir al Instituto en un robusto competidor –comprador y vendedor– de servicios en el mercado interinstitucional/intersectorial de la salud o Sistema Nacional de Salud, con sus diferentes acepciones y estrategias: SNS, SIS, Sinasu, proyectos que quedaron pendientes de consumarse pero que permitieron el crecimiento casi exponencial del sector privado de la salud al amparo de la institución pública y con sus recursos, además de estar apoyado por una regulación que lo incentivó (LGS, 1984)

En paralelo a estos propósitos, durante ese largo periodo se descuidó –intencionalmente– a las personas, dejando de ser la prioridad del Instituto. No sólo renunció a prestarles la integralidad de los servicios, garantizándoles sus derechos, y con ello brindarles un bienestar completo –salud y protección social–, sino que ni siquiera les proporcionó una atención en salud oportuna, de calidad y con buen trato.

Los valores de mercado gerencial empresariales, generalizados y naturalizados en toda la estructura y funcionamiento del Instituto, también infiltraron al grueso de su personal. Los valores de individualismo, competencia, productividad, calidad y mérito, entre otros, se han convertido en un fin en sí mismo. Lograron desnaturalizar al IMSS como bien público y, con ello, obturar la consciencia de abandonar con su proceder el compromiso y responsabilidad social, por mandato constitucional, de garantizar el bienestar integral, colectivo e individual de las

personas derechohabientes y beneficiarias, y el propósito del IMSS como bien público garante de la protección de los riesgos sociales a lo largo del ciclo de vida de las personas derechohabientes y beneficiarias. Ello se ha traducido en desdibujar la noción de los derechos a la salud y a la seguridad social, además de ayudar a conculcarlos.

Las estrategias arriba presentadas para la “modernización” del IMSS se instrumentaron calladamente ante la sociedad mediante procesos disimulados pero incesantes de privatización en sus formas varias: liberalización, redimensionamiento, desregulación, desreglamentación y subrogación, entre otras. Su consecuencia ha sido un proceso continuo y permanente de deterioro, por desfinanciamiento, privatización de fondos, desmantelamiento, alteración de las condiciones laborales, imposición de valores contrarios a la solidaridad, redistribución, integralidad, menoscabo que ha llegado al extremo de expresarse como abierto desprestigio de la otrora institución insignia del bienestar nacional.

La herencia que ha dejado este largo periodo de sello neoliberal en el IMSS casi a nivel nacional es una grosera erosión y pauperización de su infraestructura y equipos, cuando no de abierto abandono y de escasez de insumos tanto médicos como ejecutivos. Junto a ello, también persiste una sobredemanda y saturación de servicios, falta de oportunidad y calidad en la atención, además de una reducida, cuando no limitada receptividad, sensibilidad y humanismo del personal médico, administrativo e incluso directivo hacia las personas derechohabientes y beneficiarias.

Las transformaciones mercantiles del IMSS, como ya se ha señalado, a quienes han afectado y afectan de manera directa es a las personas derechohabientes y beneficiarias, la lógica mercantil-financista se desentendió de ellas como prioridad, descuidándolas y cediendo su consideración al crecimiento y financiación del Instituto para beneficio indirecto del sector privado.

Las condiciones y criterios de producción social del bienestar del Instituto están abiertamente mermadas y se traducen

en experiencias de vida –colectivas e individuales– poco halagüeñas o profundamente negativas respecto del bienestar en la población derechohabiente y beneficiaria. Estas experiencias se repiten, a través de la socialización de cómo funcionan los servicios del Instituto en el imaginario de la sociedad respecto a la representación/símbolo que tiene de este y de su real funcionamiento. La ausencia de bienestar objetivo, reconocida como condición subjetiva de las personas (percepción) se traduce en valoraciones negativas de sus experiencias de vida con los servicios y con el trato institucional, afectando su satisfacción con una parte nodal de sus vidas: la atención en salud y en la protección de sus riesgos sociales durante el ciclo de vida. Ello les conduce, cuando sus condiciones materiales se los permiten, a limitar su interacción con los servicios y, por tanto, sus experiencias vitales. No obstante, la naturalización de los propios valores de mercado –individualización, competencia, meritocracia, castigo-recompensa, eficiencia, eficacia, entre otros– junto con condiciones socioeconómicas de bajos ingresos y escaso nivel educativo de las personas derechohabientes y usuarias, condiciona en sentido contrario la experiencia de vida social e individual de estas en los procesos de interacción con el Instituto. No reconocen como negativa o insatisfactoria su experiencia de vida en tanto que normalizan que los largos tiempos de espera, el maltrato, el diferimiento de citas, la falta de insumos y medicamentos, entre otras, es lo habitual –lo normal– por lo que su experiencia no afecta su calidad de vida, bienestar subjetivo, por ende, tampoco su felicidad. Ello es debido a que no tienen otra opción para atenderse, o bien crean las condiciones para adaptarse a los servicios en lo que les es objetiva y subjetivamente posible, situaciones que obturan las aspiraciones de ver realizados sus derechos, como satisfactor vital.

El conjunto de estos cambios ha impuesto un ideario de individualización de la responsabilidad frente al bienestar –material y de experiencia de vida–, con libertad de elección, según las individuales preferencias, el cual se obtiene a través del mercado.

Tal es la pauta con la que se atribuye la noción de mercancía al bienestar en general y a cada uno de sus múltiples componentes, como es el caso de lo aquí señalado con la salud. A partir suyo, se ha desdibujado al IMSS como la institución pública pilar de la garantía del bienestar individual y colectivo, fundamento de su origen como bien público, lo cual ha servido para falsear y desnaturalizar la concepción constitucional de la seguridad social y de sus principios y valores: solidaridad, redistribución, integralidad y universalidad tendencial.

Debe señalarse que el recambio del Instituto a una empresa público mercantil durante casi cuatro décadas no estuvo exento de fuertes tensiones y confrontaciones por parte de diversos sectores políticos y sociales, en su interior y fuera de éste. Hubo un amplio cuestionamiento técnico y políticamente bien soportado, particularmente en contra de la privatización del ahorro de las personas trabajadoras y de la mercantilización de los servicios médicos. No obstante, no lograron detenerlos ni virar su dirección mercantil.

El poder político neoliberal –con el PRI o con el PAN– tuvo una expresa orientación de mercado y una buena parte de la gobernabilidad neoliberal se logró a través del corporativismo y el tradicional intercambio de legitimidad por bienestar, favorecido por un escenario de destrucción de la organización social democrática.

Recuperar el horizonte de sentido del IMSS como bien público, comprometido constitucionalmente con la garantía del derecho a la seguridad social y a la salud, precisa de acciones contundentes y de una voluntad política férrea que coloquen en el centro de la decisión política y de la acción pública al bienestar integral de las personas como prioridad.

Anular el carácter mercantil del Instituto requiere de un proyecto claro de mediano y largo plazos soportado desde una visión integral e intersectorial que establezca con claridad las condiciones y determinantes tanto materiales como subjetivas para concretar el bienestar integral –sociales, políticas, econó-

micas, culturales y axiológicas en materia de salud, educación, vivienda, trabajo digno y protegido, entre otros-; y con la atención eficiente e integral de los determinantes sociales de la salud. Tal objetivo hace imperativo volver a formar al personal médico y administrativo del servicio público, concientizando que la salud/seguridad social son un bien público y son integrales; que son derechos y que el Estado, a través de la institución pública, tiene el compromiso de garantizarles los mismos de acuerdo con las características propias de cada grupo poblacional y su cultura. Las personas derechohabientes y beneficiarias deben volver a ser pensadas y tratadas como titulares de derechos y dejar de considerarlas clientes o consumidores de servicios de salud con disímiles preferencias.

Estos objetivos exigen el acompañamiento presupuestal que los haga posible de manera sostenible mediante la asignación progresiva de recursos, asegurando su manejo eficiente, con transparencia y mecanismos de rendición de cuentas, en los que participe activamente la sociedad con capacidad de decisión.

Referencias bibliográficas

- BANCO MUNDIAL (1993). *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington D.C.: Oxford University Press.
- BARBA, C. (2007). "Claroscuros de la reforma social en México y América Latina", *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 13 (39): 35-76. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2291045>>
- (2013). *El nuevo paradigma de bienestar residual y deslocalizado: reforma de los regímenes de bienestar en la OCDE, América Latina y México* (tesis de doctorado). México: Universidad de Guadalajara (I-III).
- CAMARENA, M. (2018). "El traspaso del sí mismo en el otro: bienestar subjetivo y felicidad", en R. Millán y R. Castellanos (coords.), *Bienestar subjetivo en México*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 201-422. Recuperado de <<https://www.iis.unam.mx/bienestar-subjetivo-en-mexico/>>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL] (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*.

- Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de <<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/869be2be-2bdf-4463-9884-b353e2cdc705/content>>
- FREIJEIRO VARELA, M. (2005). "Ciudadanía, derechos y bienestar: un análisis del modelo de ciudadanía de T. H. Marshall", *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política* (2): 63-100. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2005028>>
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (1984). *Programa de Simplificación Administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: IMSS.
- (1995). *Diagnóstico*. México: IMSS.
- (1996). "Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social", *Diario Oficial de la Federación*, 24 de enero. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4867192&fecha=24/01/1996#gsc.tab=0>
- (2000). *Memoria Institucional Sexenal, 1994-2000*. México: Grupo Editorial Proyección de México.
- (2001). *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2001-2006*. México: IMSS.
- (2003a). *Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, implantación y control de servicios médicos integrales*. México: IMSS.
- (2003b). "Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan, diversas disposiciones del reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social", *Diario Oficial de la Federación*, 19 de junio. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=694506&fecha=19/06/2003#gsc.tab=0>
- (2006a). "Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social", *Diario Oficial de la Federación*, 30 de noviembre. Recuperado de <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf>>
- (2006b). "Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social", *Diario Oficial de la Federación*, 18 de septiembre. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/RIIMSS.pdf>>
- (2010). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010* [en línea]. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-anteriores>>

- (2014a). *Medicina basada en la evidencia. Guías de práctica clínica*. México: IMSS. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/gpc/MBEyGPC.pdf>>
- (2014b). “Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2014-2018”, *Diario Oficial de la Federación*, 28 de abril. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342374&fecha=28/04/2014#gsc.tab=0>
- (2016). “Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Logros 2016”, *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado de <<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/Logros-2016PIIMSS.pdf>>
- , Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social [IMSS-CIESS] (1992). *Contención de costos y desarrollo regional*. México: IMSS-CIESS
- LAURELL, A. C. (1999). “La reforma del Estado y la política social en México”, *Nueva Sociedad* (164): 146-158. Recuperado de <https://static.nuso.org/media/articles/downloads/2818_1.pdf>
- LEY DEL SEGURO SOCIAL [LSS] (1992). *Diario Oficial de la Federación*, 24 de febrero.
- (1995). *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre (en vigor a partir de 1997).
- (2001). *Diario Oficial de la Federación*, 20 de diciembre.
- (2009). *Diario Oficial de la Federación*, 9 de julio.
- LEY GENERAL DE SALUD [LGS] (1984). *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0>
- (2003). “Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003#gsc.tab=0>
- LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL [LOAPF] (1982). “Decreto de reformas y adiciones”, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de diciembre. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf/LOAPF_ref04_29dic82_ima.pdf>
- MUSSOT, M. L. (2023) *IMSS: horizonte del bienestar social para el México del siglo XXI*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (Col. IMSS 80 Años, 4).

- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO [OIT] (2010). *Informe sobre el trabajo en el mundo 2009. Crisis mundial del empleo y perspectivas*. Ginebra: Instituto Internacional de Estudios Laborales. Recuperado de <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_151264.pdf>
- OSORIO, M., Ravelo, P. y Sánchez, S. (2006). “La respuesta sindical en el imss (líderes y bases del SNTSS ante la modernización), 1989-2004”, *Nueva Antropología*, 20 (66): 87-107. Recuperado de <<https://www.scielo.org.mx/pdf/na/v20n66/v20n66a5.pdf>>
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (1984). “Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance en dicho proceso”, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de junio. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4673306&fecha=18/06/1984#gsc.tab=0>
- (2011). *Quinto Informe de Gobierno – México próspero* [en línea]. México: Gobierno de México. Recuperado de <<https://datos.gob.mx/busca/dataset/quinto-informe-de-gobierno-mexico-prospero>>
- SALINAS DE GORTARI, C. (1993). *Quinto Informe de Gobierno. Poder Ejecutivo Federal*. México: Presidencia de la República. Recuperado de <<https://cedoc-virtual.sectur.gob.mx/janium/Documentos/2012/000783.pdf>>
- (2006). “VI Informe de Gobierno”, en *Informes presidenciales*. México: Centro de Documentación, Información y Análisis, Cámara de Diputados, pp. 369-418. <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-17.pdf>
- SÁNCHEZ, J. (2010). *La privatización en México como retracción estatal*. México: Instituto de Administración Pública del Estado de México, A. C. Recuperado de <<https://iapem.edomex.gob.mx/editorial/revistas/2010LPMRE.pdf>>
- SANTELICE, F. (2017). “Bauman, Zygmunt (2014) ¿Para qué sirve realmente...? un sociólogo”, *Cultura y Representaciones Sociales*, 12 (23). Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102017000200133>
- SECRETARÍA DE CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO [SCDA] (1996). “Programa de Modernización de la Administración Pública Federal 1995-2000”, *Diario Oficial de la Federación*, 28 de mayo. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4886172&fecha=28/05/1996#gsc.tab=0>

- SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO [SHCP] (1989). “Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994”, *Diario Oficial*, 31 de mayo. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/pnd_1989-1994_31may89.pdf>
- (1995). “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4874791&fecha=31/05/1995#gsc.tab=0>
- (1996). “Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de septiembre. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996#gsc.tab=0>
- (2001). “Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006”, en *Planes nacionales de desarrollo* [en línea]. Recuperado de <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>>
- (2007). “Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012”, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4989401&fecha=31/05/2007#gsc.tab=0>
- (2013). “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, *Diario Oficial de la Federación*, 2º de mayo. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#gsc.tab=0>
- SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA [SFP] (2008). *Programa Especial de Mejora de la Gestión Pública, en la Administración Pública Federal 2008-2012*. México: Gobierno Federal. Recuperado de <https://www.apartados.hacienda.gob.mx/sed/documentos/planeacion/mejoradelagestion2008_2012.pdf>
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA [SSA] (1984). “Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo, denominado: Programa Nacional de Salud 1984-1988”, *Diario Oficial de la Federación*, 9 de agosto. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4682511&fecha=09/08/1984#gsc.tab=0>
- SECRETARÍA DE SALUD [SS] (1991). “Programa Nacional de Salud 1990-1994”, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de enero. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991#gsc.tab=0>
- (1996). “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000”, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de marzo. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996#gsc.tab=0>

- (2001). "Programa Nacional de Salud 2001-2006", *Diario Oficial de la Federación*, 21 de septiembre. Recuperado de <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0>
- (2008). "Programa Sectorial de Salud 2007-2012", *Diario Oficial de la Federación*, 17 de enero. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5028687&fecha=17/01/2008#gsc.tab=0>
- (2011). *Acuerdo general de colaboración para el intercambio de servicios*. México: Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16885/ACUERDO_GENERAL_DE_COLABORACION.pdf>
- (2014). *Manual de lineamientos para el intercambio de servicios en el sector salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/manual_de_lineamientos.pdf>
- (2015). *Requerimiento de información de oferta y demanda para el Programa de Intercambio de Servicios del Sector Salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16883/BOLETIN_DE_REQUERIMIENTOS.pdf>
- STEEL, D. y Head, D. (1985). "Privatización de la empresa pública: la trayectoria del gobierno conservador británico 1979-1983", en H. Boneo, *Privatización, del dicho al hecho*. Buenos Aires: El Cronista Comercial, pp. 295-330. Recuperado de <https://books.google.com/cu/books?hl=es&id=B_67AAAAIAAJ&focus=searchwithinvolume&q=ep%C3%ADlogo>
- TELLO, C. (2010). "Estancamiento económico, desigualdad y pobreza: 1982-2009", *Economía UNAM*, 7 (19): 5-44. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2010000100001>
- TERRONES CORDERO, A. (coord.) (2011). *Globalización, crisis y crecimiento en México*. México: Instituto de Ciencias Económico Administrativas, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de <<https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4831/libro-globalizacion-capitulos-introduccion-crecimiento.pdf>>
- THERBORN, G. (1997). "La crisis y el futuro del capitalismo", en E. Sader y P. Gentili (comps.), *La trama del neoliberalismo Mercado, crisis y exclusión social*. Buenos Aires, CLACSO, pp. 19-25. Recuperado de <<https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100609030645/latrama.pdf>>

Semblanzas curriculares

Adriana Alarcón Aguilar

Es licenciada, maestra y doctora en Biología Experimental y profesora investigadora titular C del Laboratorio de Bioenergética y Envejecimiento Celular, Departamento Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I, y de PRODEP. Ha publicado artículos científicos en revistas indexadas y capítulos de libro con arbitraje científico relacionados con el estudio del envejecimiento. Ha dirigido de tesis de licenciatura, maestría y doctorado, así como servicios sociales. Su línea de investigación se enfoca en contrarrestar el daño oxidante en el envejecimiento. Es coordinadora divisional del tronco general de CBS y participa en diversas comisiones como la de la licenciatura en Biología Experimental, la Comisión Divisional de Ética de la DCBS, en el comité organizador del simposio de Ciencias de la Salud y en el colectivo Mujeres de Ciencia en Red. Miembro activo de la Sociedad Mexicana de Bioquímica.

adyalagui@xanum.uam.mx

Alejandro Noguez Ramos

Jefe de investigación del Centro Médico ABC. Oncólogo médico del Centro Médico ABC. Médico cirujano y partero de la Escuela Superior de Medicina (IPN). Médico internista, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Pemex. Oncólogo médico, Centro Médico ABC. Maestro en Ciencias Médicas, Universidad Anáhuac México. Con diplomado en Oncología Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. *Fellowship* en Oncología Gastrointestinal y tumores neuroendocrinos, Instituto Europeo de Oncología, Milán, Italia.

dralejandronoguez@gmail.com

Anabel de la Rosa Gómez

Licenciada y doctora en Psicología por la Facultad de Psicología, UNAM. Estancia de investigación doctoral en la Universidad Jaume I, en Castellón, España.

Profesora de carrera titular “B” TC, responsable del Laboratorio de Psicología e Innovación Tecnológica (LABPSIT) en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Líneas de investigación en evaluación de intervenciones digitales emergentes para el tratamiento de trastornos emocionales y derivados del estrés y trauma, y estudios sobre vulnerabilidad al trauma: variables moderadoras, mediadoras y mecanismos de cambio clínico.

anabel.delarosa@iztacala.unam.mx

Cristina Gordillo Marroquín

Investigadora posdoctoral del Departamento de Salud en El Colegio de La Frontera Sur (ECOSUR)-Unidad San Cristóbal. Es licenciada en Biología (Universidad Autónoma de Puebla, 2013), maestra en Recursos Naturales y Desarrollo Rural, y doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable (ECOSUR, 2015-2022). Sus intereses de investigación incluyen el desarrollo de métodos innovadores y accesibles para diagnosticar enfermedades infecciosas (como tuberculosis y otras de alta prevalencia en zonas de alta marginación socioeconómica), incluyendo el desarrollo de biosensores; la realización de estudios epidemiológicos, de laboratorio y de los determinantes sociales de la salud. Es miembro de la Red GRAAL (Grupos de Investigación para América y África Latinas), de la Global Alliance for Rapid Diagnostic, del Observatorio Social de Tuberculosis-México y cofundadora de ARTB-México y de la Red Mexicana de Investigación en Tuberculosis y otras Micobacteriosis A.C. desde 2022, de la cual actualmente es su secretaria técnica.

cmgordillo@ecosur.mx

David Alberto Rodríguez Medina

Licenciado y doctor en Psicología por la UNAM. Obtuvo una beca posdoctoral en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. Es profesor investigador titular C, la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Iztapalapa, con reconocimiento como investigador nacional. Ha publicado 41 artículos en revistas indexadas y 10 capítulos en libros universitarios. Es tutor de diversos programas maestría y doctorado en la UNAM, la Universidad Veracruzana,

la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y en la Universidad Autónoma de Querétaro. En 2016 obtuvo el premio en investigación en enfermedades crónicas no transmisibles por la Secretaría de Salud del estado de Querétaro. En 2021 obtuvo el tercer lugar en el Concurso Académico del 1er Coloquio de Educación Virtual de la UAM 2021. Entre sus intereses de investigación se encuentran: salud y bienestar; termorregulación socioafectiva; intervención psicosocial; estrés social y regulación emocional; conducta y cognición social.

drodriguezmx@xanum.uam.mx

Gilberto Silva Bañuelos

De formación médico-cirujano por la Universidad de Guadalajara, maestro en Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, doctorado en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Temas de interés: vacunación y salud materno infantil.

Gilberto.silva9305@alumnos.udg.mx

Gustavo Leal Fernández.

Doctor en Economía (Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM), realizó estancias posdoctorales en la Universidad de Innsbruck, Austria (1989-1991) y en el Gabinete de Sanidad y Consumo, Madrid, España (1991-1993). Ha sido profesor visitante de Duke University, Durham, North Carolina (1989). Es profesor-investigador titular C de tiempo completo de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud, Área Salud y Sociedad. Es especialista en políticas públicas de salud, pensiones y seguridad social desde 1979. Ha sido asesor de ONG y de diferentes gobiernos. Es miembro de varios comités editoriales, revisor de artículos, columnista, comentarista de radio, tv y portales electrónicos. Cuenta con artículos en revistas especializadas y libros, entre los que se pueden citar “Pensiones en México. La CONSAR de Peña Nieto (2016-2018)” (2022), “Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. Visiones operativas de la ‘otra historia’” (2021) y, el artículo “México: hacia un mejor horizonte pensionario” (2020).

lealfernandezgustavo@gmail.com

Héctor Javier Sánchez Pérez

PhD en Medicina y maestro en Salud Pública (Universidad Autónoma de Barcelona) y maestro en Investigación de Servicios de Salud (UNAM). Es investigador titular C con definitividad de El Colegio de la Frontera Sur y responsable del Grupo Académico Salud, Género y Desigualdad Social. Es nivel II del SNI. Áreas de interés: condiciones de salud de grupos vulnerables, tuberculosis, salud materno-infantil, violencia social, derechos humanos, políticas públicas de salud y seguridad social. Fue miembro del Consejo Directivo de Amnistía Internacional (Sección México); fue secretario técnico del Foro Latinoamericano de Comités de Ética en Investigación en Salud; Lideró la formación del Observatorio Social de Tuberculosis México, del que fue su primer secretario técnico; es miembro fundador-vocal de la Red Mexicana de Investigación en Tuberculosis y otras Micobacteriosis; y, es miembro de la Américas TB Coalition y Red GRAAL. Actualmente conduce el programa de televisión por internet “Mirada Crítica”.

hsanchez@ecosur.mx

Hugo Leonardo Gómez Hernández

Licenciado y doctor por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Posdoctorado en Ciencias Médicas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Ha trabajado más de diez años en proyectos de investigación a nivel nacional e internacional, enfocados en desarrollo, violencia y salud mental. También se desempeñó como psicólogo clínico adscrito al Consejo Nacional de Salud Mental de la Secretaría de Salud. Fue investigador en el INSP dentro del Centro Colaborador de Prevención de Lesiones y Violencia de la OMS/OPS. También se desempeñó como asesor de Investigación y Estadística en la Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones del estado de Morelos. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONAHCYT. Actualmente es profesor visitante de la licenciatura en Psicología Social de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

psychugogh@gmail.com

Jorge Luis Arellanez Hernández

Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México. Investigador de tiempo completo. Línea de investigación en el estudio de factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad (niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres, y migrantes internacionales).

jarellanez@uv.mx

José Alfonso de la Fuente Rivera

Médico del Centro Médico ABC. Licenciatura en Médico Cirujano de la Universidad Anáhuac México. Especialidad en Bioética Fundamental en la Universidad Anáhuac México y estudiante de maestría en Bioética de la Universidad Anáhuac México.

alfonso.delafuente@anahuac.mx

José Luis Sánchez Gutiérrez

Licenciado en Psicología Social, actualmente está cursando la maestría en Psicología residencia en Psicología de las Adicciones en la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha desarrollado algunas publicaciones sobre intervención psicosocial enfocado en salud y mediciones fisiológicas.

jose.luissg2606@gmail.com

León Felipe Beltrán Guerra

Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México. Investigador de tiempo completo. Línea de investigación en bienestar social y calidad de vida.

lebeltran@uv.mx

Luis Eduardo del Moral Trinidad

De formación médico-cirujano por la Universidad Veracruzana, Maestro en Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, doctorante en Ciencias de la Salud

Pública de la Universidad de Guadalajara. Médico adscrito al servicio de Medicina Preventiva y Vigilancia Epidemiológica del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio y Alcalde”. Temas de interés: adherencia a la medicación y retención en personas que viven con VIH.

Luis.delmoral7131@alumnos.udg.mx

Luis Eduardo Hernández-Ibarra

Psicólogo y doctor en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Investigador de tiempo completo en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Ha trabajado temas como el Seguro Popular, Medicina Social, sistemas de salud, enfermedades crónicas y funcionamiento de comités de ética en investigación en la protección de participantes de ensayos clínicos. Ha realizado estudios cualitativos y participativos sobre quienes padecen enfermedad renal crónica y los actores que participan en su atención, y recientemente sobre el proceso de donación y trasplante de órganos desde una perspectiva social y cultural. Se ha desempeñado como coordinador de la maestría en Salud Pública y presidente del Comité de Ética en Investigación en la UASLP. Autor de artículos en revistas internacionales e indexadas en JCR, libros y capítulos de libro. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I, del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología de México (CONAHCYT).

eduardo.ibarra@uaslp.mx

María Luisa Mussot López

Doctora en Sociología por la Universidad Católica de Lovaina la Nueva, Bélgica. Es investigadora titular B con definitividad, adscrita al Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana, sede Iztapalapa. Áreas e intereses de investigación: desarrollo social y bienestar, políticas públicas en salud y en seguridad social, evaluación de políticas públicas y derechos sociales, igualdad y no discriminación. Su publicación más reciente data de 2024 con el libro *IMSS: horizonte de bienestar social para el México del siglo XXI*, publicado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

malumulo15@gmail.com

Marisol Pérez Ramos

Licenciada en Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa y doctora en Psicología Social por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México. Actualmente es profesora-investigadora titular C del Departamento de Sociología de la UAM-Iztapalapa y da clases a nivel licenciatura y posgrado en Psicología Social en la misma institución. Es parte del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Es fundadora del Laboratorio de Bienestar Psicosocial y Salud, donde ha dirigido diversas intervenciones psicosociales orientadas a la prevención de la violencia familiar y social, así como al bienestar psicosocial.

mperez@izt.uam.mx

Melva Guadalupe Herrera Godina

Geógrafa con Ordenamiento Ambiental por la Universidad de Guadalajara, maestra en Ciencias Ambientales con orientación en Gestión Ambiental por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Profesora investigadora titular "A" en la Universidad de Guadalajara. Actual coordinadora de la maestría en Salud Pública en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Temas de interés: sustentabilidad y gestión ambiental en instituciones de educación superior, seguridad vial y conductas de riesgo, tráfico y accidentes peatonales en zonas metropolitanas.

melva.herrera@academicos.udg.mx

Mina Konigsberg Fainstein

Nació en la Ciudad de México y realizó la licenciatura y maestría en Biología Experimental en la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa y el doctorado en Ciencias Biológicas en esa misma casa de estudio, donde ahora es profesora titular C y responsable del Laboratorio de Bioenergética y Envejecimiento Celular del Departamento Ciencias de la Salud. Realizó una estancia sabática en el Barshop Institute for Aging and Longevity Studies, Health-Science Center, University of Texas, con una beca Fulbright y del CONACYT. Ha publicado artículos científicos y de divulgación y ha dirigido tesis de alumnos de licenciatura y posgrado. Es

cofundadora y miembro del colectivo Mujeres de Ciencia en Red. Su investigación se orienta al estudio del envejecimiento, senescencia celular, estrés oxidativo, deterioro cognitivo y obesidad. Es miembro de la Society for Redox Biology and Medicine, American Aging Association, Academia Mexicana de las Ciencias y del Sistema Nacional de Investigadores, nivel III.

mkf@xanum.uam.mx

Natalia Escobedo Ortega

Cursó la licenciatura en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM, posteriormente obtuvo el grado de especialista en Intervención Clínica en Adultos y Grupos en la misma institución. Ha participado como ponente en congresos y coloquios nacionales e internacionales en el área de psicología clínica. Ha tomado diversos cursos de actualización y formación académica. Formó parte del Programa de Atención para Depresión y Riesgo de Suicidio (PADYRS) de la Facultad de Psicología como psicoterapeuta y como supervisora de prácticas profesionales de alumnos de pregrado. Ha participado en proyectos de investigación, PAPIIT y PAPIIME, implementando intervenciones comunitarias dirigidas a población en riesgo de suicidio, principalmente ha trabajado con adolescentes y sus familias, adultos jóvenes y grupos.

nataliapsicologia93@gmail.com

Norma Edith López Díaz-Guerrero

Profesora investigadora titular C en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, completó su licenciatura, maestría y doctorado en Biología Experimental en la misma institución. Actualmente, es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I y participa en el Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Realizó una estancia en IU School of Medicine en Indiana. Su investigación se enfoca en el envejecimiento, senescencia celular, estrés oxidante y obesidad. Ha contribuido con numerosos artículos científicos y capítulos de libros en su campo y ha supervisado la investigación de estudiantes de licenciatura, maestría y doctorado. Su interés por el estudio del envejecimiento y áreas relacionadas impulsa su compromiso con la investigación y docencia, contribuyendo al avance del conocimiento

en este campo científico. Participa en el colectivo Mujeres de Ciencia en Red y es miembro numerario de la Sociedad Mexicana de Bioquímica.

norm@xanum.uam.mx

Paulina Arenas Landgrave

Licenciada y doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora titular de tiempo completo en la Facultad de Psicología, UNAM. Responsable académica del Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes. Responsable del Programa de Atención para personas con Depresión y Riesgo de Suicidio. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Líneas de investigación e intervención desde modelos basados en evidencia para la prevención del suicidio. Integrante de la Comisión Especial Permanente de Prevención y Promoción de Bienestar Psicosocial del Comité Técnico para la Atención de la Salud Mental de la comunidad de la UNAM. Asesora externa del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, Secretaría de Salud.

palandgrave@gmail.com

Sheila Martínez-García

Psicóloga por la Universidad de Guadalajara, y maestra en Salud Pública por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Ha trabajado el tema de cuidado a personas con enfermedad renal crónica siguiendo metodologías cualitativas. Se desempeña como asistente de investigación en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara y como docente de asignatura de pregrado y posgrado en universidades privadas del estado de Jalisco. Ha participado como ponente en congresos nacionales e internacionales y fue galardonada por mérito académico al mejor promedio en maestría.

mgsheila1@gmail.com

Sofía Cristina Martínez Luna

Licenciada y especialista en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Estudiante de un máster en Terapias Contextuales, en Ítaca. Es pro-

fesora de asignatura ordinario nivel “A” en la Facultad de Psicología, UNAM, y terapeuta de primer contacto en una línea telefónica de emergencias. Experiencia clínica centrada en el trabajo con conductas de riesgo, depresión, TLP y duelo. Formación y actualización académica relacionada con el área clínica, bajo enfoques terapéuticos basados en evidencia. Coautora de artículos de investigación científica vinculados con prevención de comportamiento suicida y depresión, y protocolos de intervención online en salud mental.

sofiamartinez.scml@gmail.com

Vanessa Tatiana Hernández Flores

Facultad de Psicología, Universidad Simón Bolívar de Cúcuta, Colombia. Estudiante de la licenciatura en Psicología. Línea de interés en psicología social, especialmente en grupos en condiciones de vulnerabilidad.

v_hernandez1@unisimon.edu.com

Bienestar y salud

editado por Bonilla Artigas Editores

se terminó de imprimir en 2025 y su tiraje consta de 100 ejemplares.

Se utilizó papel bookcream de 60 g. para los interiores
y papel couché de 300 g. para la portada.

En su composición se ocupó el tipo Garamond Premier Pro.

Regularmente los investigadores intentan responder a cuestiones como ¿Qué es la salud? ¿Qué elementos debe considerar su definición?, ¿Qué factores la condicionan? ¿Cómo y quién debe realizarla? ¿Cómo la conciben las diferentes poblaciones y cómo cambia su parecer a través del tiempo?, ¿Cuál es y cómo se relaciona con el bienestar?, entre muchas otras interrogantes. De ahí que hablar de salud no pueda hacerse desde una concepción única e inamovible y tampoco pueda responderse a las mismas preguntas de forma homogénea en todos los contextos, no obstante que en su definición general pueda haber elementos comunes. La salud definida como un hecho social debe ser objeto de debate permanente, discutirse su definición, sus alcances y sus determinantes.



BONILLA
ARTIGAS
EDITORES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



BONILLA ARTIGAS EDITORES

