

Habitabilidad, cuidados y servicios de salud en la espacialidad popular

Habitability, Care Practices, and Health Services in Working-Class Spatiality

Vicente Moctezuma Mendoza*
Daniela Fernández Rodríguez**

Recibido: 23 de mayo de 2024
Aceptado: 9 de diciembre de 2024

RESUMEN

Mediante una investigación cualitativa, analizamos distintas dimensiones de la habitabilidad interna y urbana de las viviendas en Santo Domingo Coyoacán, en relación con la salud. Además de examinar la edificación y la infraestructura física de las viviendas, exploramos dos dimensiones adicionales. Por un lado, abordamos los aspectos sociales y relacionales de la habitabilidad, centrándonos en las necesidades de los habitantes, el trabajo de cuidados y los recursos disponibles a través de redes y lazos comunitarios en el vecindario. Por otro, analizamos el acceso a la atención médica. Encontramos que, a pesar de la proximidad de los servicios de salud públicos, estos suelen ser evitados debido a los largos tiempos de espera y el maltrato percibido. En su lugar, los habitantes buscan alternativas privadas de bajo costo, aunque estas presentan graves deficiencias en la calidad del servicio.

Palabras clave: Covid-19; sectores populares; redes sociales; consultorios privados.

ABSTRACT

Through qualitative research, we analyzed various dimensions of internal and urban livability in housing units in Santo Domingo, Coyoacán, in relation to health. Beyond examining building structures and physical infrastructure, we explored two additional dimensions. First, we addressed the social and relational aspects of livability, focusing on residents' needs, care work, and resources available through community networks and bonds in the neighborhood. Second, we analyzed access to healthcare. Our findings reveal that, despite the proximity of public healthcare services, residents often avoid them due to long wait times and perceived mistreatment. Instead, they seek out low-cost private alternatives, though these exhibit severe deficiencies in service quality.

Keywords: COVID-19; popular sectors; social network; health services.

* Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México. Correo electrónico: <viamoctezuma@sociales.unam.mx>.

** Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México. Correo electrónico: <daniela_fernandez@politicas.unam.mx>.

Introducción

La pandemia de Covid-19 trastocó de forma profunda al mundo. La propagación del virus SARS-CoV-2 y las medidas sanitarias implementadas por los gobiernos para contenerlo generaron múltiples crisis en la vida social. Aunque la difusión global del virus trascendió fronteras políticas y geográficas, inscribiendo a las poblaciones en un riesgo compartido —dado que cualquier individuo expuesto podía contagiarse—, los efectos críticos de la pandemia evidenciaron profundas desigualdades entre distintos colectivos sociales. La vulnerabilidad y el impacto del contagio, así como los efectos de la enfermedad, no se distribuyeron de manera homogénea ni aleatoria. Del mismo modo, las consecuencias de las medidas sanitarias y la transformación de las prácticas sociales durante ese periodo no afectaron por igual a todos los grupos e individuos. Por el contrario, la excepcionalidad de la emergencia sanitaria contrastó con la persistencia de los patrones de desigualdad preexistentes, que determinaron la distribución de los riesgos y efectos de la crisis. Analizar la desigualdad de experiencias durante la pandemia, por tanto, permite visibilizar las condiciones estructurales de desigualdad que la precedieron y que siguen vigentes más allá de la emergencia.

Uno de los ámbitos en los que estas desigualdades resultaron especialmente significativas fue el de las condiciones de habitabilidad de las viviendas. Estas jugaron un papel crucial en la respuesta a las necesidades de prevención, cuidado y atención de la enfermedad, tanto en lo relativo al espacio interior de la vivienda como, en escalas urbanas más amplias, en función de su ubicación y su relación con la distribución de bienes y servicios (como el abastecimiento de alimentos, las fuentes de empleo y la atención médica) (Figueira, Galindo, Giambruno y Blofield, 2020; Di Virgilio, 2021; Ziccardi, 2022). Diversas investigaciones han señalado que en áreas con problemáticas habitacionales —como hacinamiento y deficiencia de servicios urbanos— se registraron mayores tasas de mortalidad (CEPAL, 2021). Como se abordará en este trabajo, muchas viviendas de sectores populares no ofrecieron condiciones adecuadas para cumplir con las instrucciones gubernamentales orientadas a la prevención del contagio, como “quédate en casa”, “lavado frecuente de manos” y “mantener la sana distancia”.

Este artículo busca profundizar en el análisis de las condiciones de habitabilidad y su relación con los trabajos de cuidados y la atención a la salud en un espacio de urbanización popular, a partir de las experiencias de los habitantes del Pedregal de Santo Domingo, en la Ciudad de México. A pesar de que Santo Domingo es una colonia consolidada e integrada al tejido urbano —colinda con Ciudad Universitaria, el campus central de la Universidad Nacional Autónoma de México— y cuenta con cierta centralidad metropolitana (Valverde y Zárate, 2015: 91), aún presenta diversas condiciones de marginalidad. Además, fue una de las zonas de la ciudad con mayores tasas de contagio (Contreras, 2020; Martínez, 2020; Navarrete, 2020).

Desde una perspectiva contemporánea, no consideramos la habitabilidad como un concepto restringido exclusivamente a las condiciones físicas de la vivienda —su estructura y la provisión de servicios como luz, agua y drenaje—, sino que la concebimos también en relación con las características del entorno urbano inmediato y su accesibilidad a recursos, equipamientos y servicios (Espinoza y Gómez, 2010), es decir, nos interesa tanto la *habitabilidad interna* de la vivienda (Armenta, García y Palacios, 2020: 24) como su *habitabilidad urbana* (Ziccardi, 2015; Olivera y Serrano, 2022). Además, entendemos que la habitabilidad no se define únicamente por condiciones físico-materiales, sino que está mediada por factores sociales, culturales y relacionales. Por ejemplo, depende de la composición social de los habitantes, sus usos y necesidades —determinadas culturalmente— y de otras dimensiones subjetivas de valoración (Ziccardi, 2015).

Uno de los principales aportes de esta investigación radica en reconocer cómo, a través de las redes sociales (familiares, de amistad y de vecindad) en el espacio de proximidad, circulan recursos sociales que inciden en la producción de condiciones de habitabilidad y en la respuesta a diversas problemáticas y situaciones adversas.

Este estudio se basa en una investigación realizada entre febrero y agosto de 2022. Se llevaron a cabo 16 entrevistas semiestructuradas a profundidad con residentes permanentes de Santo Domingo, pertenecientes a los sectores populares (Giménez, 2017; Moctezuma, 2021). Las entrevistas abordaron aspectos como las condiciones de vivienda y la provisión de servicios en la colonia para cumplir con las medidas sanitarias establecidas durante la pandemia, en particular las relacionadas con el confinamiento domiciliario; las experiencias de confinamiento y cuidado en los hogares donde hubo casos de Covid-19; y el acceso a servicios de salud públicos y privados, así como sus distintas valoraciones.

Deficiencias en infraestructura física

Aspectos arquitectónicos

Santo Domingo es una colonia de autoconstrucción popular que comenzó a formarse a partir de procesos de ocupación irregular en septiembre de 1971. Se trataba de un espacio agreste, caracterizado por un suelo de piedra volcánica, que los nuevos ocupantes transformaron paulatinamente mediante el trabajo individual, familiar y colectivo. Los colonos dividieron el terreno para su reparto, trazaron calles, limpiaron el suelo y rompieron las rocas. Construyeron sus viviendas con materiales como cartón, lámina y madera, que posteriormente, a medida que obtuvieron seguridad jurídica sobre la propiedad y mejores condiciones económicas, fueron sustituyendo por materiales más resistentes como piedra, tabique y cemento. Asimismo, exigieron a las autoridades la provisión de servicios urbanos básicos, como drenaje, agua, electricidad y asfaltado de calles (Mondragón, 2023). Aunque con el tiempo los

habitantes lograron la expansión y mejora de estos servicios, su provisión sigue siendo deficiente en algunos casos, como ocurre con el abastecimiento de agua potable (Rodríguez y Flores, 2020), aspecto sobre el que profundizaremos más adelante.

A lo largo de los años, la urbanización de la colonia se ha transformado, pero su materialidad sigue evidenciando un proceso constructivo basado en medios precarios, sustentado en gran medida en la autogestión de las familias y la organización comunitaria. En este contexto, muchas viviendas presentan condiciones arquitectónicas poco adecuadas para la salud, en aspectos como la iluminación natural y la ventilación. Además, en las últimas décadas, la expansión de las construcciones ha continuado: a las edificaciones originales se han añadido nuevas habitaciones y viviendas, tanto en sentido horizontal (cuando el tamaño del terreno lo permite) como en sentido vertical. Este crecimiento responde a dos necesidades principales: por un lado, a la de los miembros del hogar original, quienes, al formar nuevos núcleos familiares, recurren a la co-residencia como estrategia ante la escasez de vivienda para los sectores populares; por otro lado, a la búsqueda de ingresos adicionales mediante el alquiler de espacios habitacionales, práctica común en muchas colonias populares. En el caso de Santo Domingo, la demanda de vivienda en renta es incluso mayor que en otras colonias de la ciudad, dado que su ubicación no es periférica, sino relativamente céntrica dentro del espacio metropolitano y colindante con Ciudad Universitaria, lo que la convierte en un área atractiva para estudiantes (Valverde y Zárate, 2015).

No obstante, la intensificación del uso del suelo y la explotación del espacio han deteriorado aún más la calidad de los espacios habitacionales, que en muchos casos ya eran deficientes. Nuestra investigación reveló viviendas reducidas, con escasa iluminación natural, escasa ventilación (ventanas que dan a angostos patios interiores) e incluso habitaciones sin ventanas (Flores, 2016).

Estas condiciones, que afectan la habitabilidad en general, se tornaron aún más problemáticas durante la pandemia, cuando la adecuada circulación de aire fue señalada como un factor crucial para reducir la concentración del virus (Di Virgilio, 2021; Ziccardi, 2022).

Esta es la razón, por ejemplo, por la que Andrea —quien se dedica a la venta de alimentos en vía pública—, su esposo e hija buscaron cambiarse del lugar donde vivieron durante los primeros meses de la pandemia. Habitaban un cuarto sin ventanas, por lo que la única forma de ventilar el espacio era manteniendo la puerta abierta. Cuando otro cuarto en el mismo edificio quedó disponible, Andrea habló con la dueña para mudarse: “[Ahora] tengo dos ventanas grandes que puedo abrir en cualquier momento. Precisamente me cambié para arriba porque dije: ‘¡Esto no!’” (Andrea). Sin embargo, más allá de las ventanas, el nuevo cuarto presentaba las mismas limitaciones que el anterior: un único espacio que debía funcionar como cocina, comedor y dormitorio. Además, su situación económica no le permitía buscar una vivienda más confortable. Tampoco disponían de baño propio dentro de la vivienda, sino que debían compartirlo con otros inquilinos en un área común.

Provisión de servicios públicos

Junto con las características físicas vinculadas a la edificación del espacio residencial, la habitabilidad también depende del acceso a servicios y bienes esenciales, como electricidad, drenaje y agua potable.

El acceso al agua potable, en particular, representa un tema sensible en la colonia, generando conflictos y movilizaciones sociales (Sierra, 2020a, 2020b). Aunque la situación varía según la zona, la irregularidad en el suministro es una constante en muchas partes de Santo Domingo (Flores, 2016). Durante la pandemia, esta problemática se volvió aún más crítica, pues el agua es un recurso fundamental para la salud, y el lavado frecuente de manos fue promovido como una de las principales estrategias de prevención del contagio. Jacinta expresó con claridad su malestar ante esta situación:

En la pandemia no hubo agua, entonces yo decía: “¡Híjole! ¿cómo en plena pandemia, si estás diciendo que el lavado de manos es primordial, no hay agua?” [...] bueno, sí nos estamos protegiendo, que todo esté bien, que las verduras, que la fruta [...] ¡y no hay agua!, para mí, eso fue como muy difícil. (Jacinta, 36 años, terapeuta en comunicación)

Ante el desabasto recurrente, los habitantes han desarrollado diversas estrategias de almacenamiento de agua. Algunos han construido cisternas, mientras que otros, con menores recursos, recurren a tinacos, tambos y cubetas.

Sin embargo, en algunos casos estas soluciones no fueron suficientes para cubrir la demanda de agua. Es la situación que vivieron Elena y sus vecinos, “alrededor de 40 casas”, que viven en una parte alta y se quedan recurrentemente sin agua. Elena nos comentó que muchos de sus vecinos tienen distintos padecimientos médicos y complicaciones de salud (por ejemplo, parálisis parcial y total por evento cerebro-vascular; diálisis; complicaciones cardíacas, etc.), además de ser adultos mayores, es decir, son personas vulnerables, para las cuales las complicaciones derivadas de enfermarse se vuelven mayores. De esta manera, en el contexto de la pandemia con el riesgo de contagio, Elena no veía posible recurrir a la estrategia habitual que ella y sus vecinos despliegan frente a las crisis de desabasto que experimentan: “No veía ya salida de decirles ‘vente vecino vamos a manifestarnos’ que es lo que comúnmente hacemos, de ir a la subdelegación o al área hidráulica, que es donde nos atienden”. Finalmente, después de mucha perseverancia e insistencia personal, Elena logró contactar con un funcionario de la Comisión Nacional de Aguas (Conagua) encargado de la zona, con quien pudo gestionar pipas que abastecieran su casa y las de sus vecinos.

Derivado de esta situación estuve cada quince días pidiendo pipas, obviamente no solamente para mí, [...] o sea, yo generaba mi folio [de solicitud de pipas] y con ese mismo folio me dejaban agua, pero yo abogaba por mis vecinos [...]. Yo les decía: “Yo lo sé hacer [la solicitud]” ¿Quién

lo sabe hacer? nadie lo sabía hacer, nadie se sabía meter a internet... Yo digo: "¡Caramba!, hay que ser solidarios, hay que ser empáticos, no hay que ser omisos, no hay que volvernos..." [...] al final del día es gente con la que yo conviví, gente que cuando mi mamá murió aquí estuvieron acompañándonos [...] cuando mi mamá estaba convaleciente en su enfermedad venían a verla, se quedaban aquí. (Elena, 47 años, trabajadora administrativa)

Cabe señalar que, si bien las pipas permitieron aliviar la crisis de insuficiencia hídrica en el corto plazo, también implicaron un gasto mayor, tanto en términos económicos como en el tiempo y esfuerzo dedicados a su gestión.

La experiencia de Elena ilustra las dificultades que enfrentan algunos sectores de la colonia en la provisión de agua, pero también introduce un aspecto central en la construcción de las condiciones de habitabilidad: estas no dependen únicamente del espacio físico construido ni de la infraestructura que provee los servicios, sino también de las dinámicas sociales, las relaciones de cooperación y las acciones colectivas que se despliegan cotidianamente para enfrentar la precariedad. Como exploraremos a continuación, distintos factores sociales juegan un papel fundamental en la configuración de la habitabilidad.

Redes sociales como recursos de proximidad

Espacios y habitantes

La habitabilidad de la vivienda está determinada por factores sociales y culturales, como las prácticas cotidianas, las estructuras familiares y los significados atribuidos a lo que se considera adecuado o inadecuado en términos de espacio y convivencia. En este sentido, los espacios pueden resultar más o menos habitables dependiendo de las necesidades individuales y colectivas de sus ocupantes.

En Santo Domingo encontramos una composición heterogénea de espacios en el número de habitaciones, así como de número de habitantes y relaciones entre sí. Sin embargo, en comparación con la Ciudad de México y la Alcaldía Coyoacán, presenta mayores niveles de hacinamiento. Mientras que en Santo Domingo 26 % de las viviendas particulares habitadas tienen al menos a 2.5 habitantes por dormitorio, en la Ciudad de México en esta situación se encuentran sólo 19 % de las viviendas, y en la Alcaldía Coyoacán el porcentaje es aún menor: 13 %, de acuerdo con datos de INEGI-SCINCE.¹

Más allá de estas cifras, la reducción del espacio habitacional también se refleja en la distribución de los dormitorios, que a menudo se aleja de los patrones hegemónicos, como la asignación de una habitación exclusiva para cada pareja o la separación de dor-

¹ Agradecemos a Alicia Ziccardi y a Uriel Martínez compartirnos esta información.

mitorios por género, edad o posición dentro de la familia. Por ejemplo, Andrea, como mencionamos anteriormente, vive con su pareja y su hija en un solo cuarto. Ella y su hija comparten la cama, mientras que su esposo duerme junto a ellas. Otro caso es el de María, quien habita con su madre, su hermano y su hijo en un departamento que, además de la cocina y el baño, tiene dos habitaciones: en una duermen María y su hijo, y en la otra, su madre y su hermano

Por otra parte, durante la pandemia, la falta de espacio en las viviendas se volvió especialmente problemática en dos aspectos: primero, la convivencia cotidiana de todos los miembros de la familia en el contexto del confinamiento domiciliario impuesto por la medida “Quédate en casa”; segundo, la dificultad para aislar a los enfermos dentro del hogar y evitar la propagación del contagio.

Sobre el primer aspecto, la convivencia cotidiana en el confinamiento, las palabras de Juana sintetizan una experiencia compartida.

Mientras la familia está trabajando pues no hay problema, porque no está la casa llena, pero en cuanto se llena la casa, los niños se salen a jugar [a la calle], o los chicos se salen a tomar o los señores también se salen a la banqueta. O sea, hay mucha vida en la calle, pero en parte es porque no caben dentro de la casa. [...] Eso era evidente con los niños también, los mandaron a estudiar a su casa, pero no tienen lugar en donde estudiar en su casa, ni tampoco dónde jugar, es un relajo, y eso si se notaba... Eso pasó, de eso me di cuenta, o sea, la gente no cabe en la casa, tiene que estar afuera, no hay manera de garantizar medidas de salubridad en unas casas tan llenas. (Juana, 38 años, cooperativista)

Con respecto a la convivencia durante el confinamiento, las palabras de Juana sintetizan una experiencia compartida por muchas familias. Por otro lado, la llegada de la enfermedad a los hogares generó angustia y preocupación, dada la dificultad para establecer medidas de aislamiento dentro de espacios reducidos.

Por ejemplo, Jacinta relató su temor ante la posibilidad de que alguien se contagiara en su casa, donde viven ocho personas (sus papás, su hermana, su abuela, su tía y dos primos). Cuatro de ellos son adultos mayores y, en particular, su abuela tiene una edad muy avanzada. Su casa está construida en “medio terreno”, según lo describió Jacinta, por lo que es pequeña, a pesar de que no reservaron espacio para algún pequeño jardín o patio; se encuentra rodeada en todos lados por casas más altas por lo que, nos comentó Jacinta: “con la ventilación sufrimos un poco”. La casa cuenta con sala, cocina, dos baños y cuatro habitaciones, en una duermen sus papás, en otra su abuela y su tía, en otra ella y su hermana y en la última sus dos primos. Jacinta trabaja en un hospital por lo que se encontró permanentemente en riesgo de contagiarse, lo que la llevó a ser muy cuidadosa con las medidas de sanidad: “mis medidas eran como si estuviera enferma todo el tiempo, con cubrebocas,

tener mis utensilios de cocina aparte o desechables para no contagiar, estar checándome la temperatura, la oxigenación, fue como mis precauciones [...] yo limpiaba, sanitizaba”.

En este contexto de viviendas reducidas, el aislamiento de los enfermos se volvió una tarea difícil, por lo que en muchos casos los entrevistados recurrieron a sus redes familiares para buscar otros espacios donde resguardarse para reducir el riesgo de propagación del virus a los miembros del hogar. Esto se ilustra con los casos de Demetrio y María que presentamos a continuación.

Demetrio vive en un pequeño departamento con su esposa y sus tres hijos. La pareja comparte una habitación y los hijos duermen en otra; además, cuentan con una sala-comedor, pero el baño es compartido con el departamento de abajo, donde residen sus padres. Cuando Demetrio enfermó, se dieron cuenta de que la vivienda no permitía un aislamiento adecuado, por lo que buscaron alternativas. Finalmente, encontraron una solución con familiares que viven en la misma colonia y que disponían de un cuarto independiente dentro de su predio.

Ahí estuve aislado sin problema, porque ahí pues no venían [mis hijos], solamente venía mi esposa y me dejaba comida y todo, pero como ahí también viven tías, primos y tíos ellos también me dejaban comida ahí, entonces yo estuve aislado totalmente, aparte. (Demetrio, 37 años, empleado de almacén)

Otro caso es el de María. Como mencionamos, vive con su madre, su hermano y su hijo en una vivienda con entrada independiente, construida en la parte superior de la casa de su abuela. La vivienda de María tiene dos dormitorios, uno ocupado por María y su hijo, y otro por su madre y su hermano. Sin embargo, el espacio es muy estrecho, al punto que María lo considera apto “solamente [...] para dormir”, por eso, cuando la mamá de María se enfermó, decidieron que su mamá se quedara aislada en el departamento y María, su hijo y su hermano fueron a refugiarse “abajo” a la casa de su abuela, donde habitaron algunas semanas.

Nos bajamos, yo por ejemplo me quedé en la sala con mi hermano y mi hijo se iba a dormir con mi abuelita. Entonces yo era la que subía y le dejaba su comida [a la mamá] o cualquier cosa que necesitaba. (María, 26 años, desempleada)

Si bien este arreglo permitió aislar a la madre de María y evitar contagios dentro de su núcleo familiar, la convivencia en la casa de la abuela no estuvo exenta de conflictos. En esa vivienda habitaban, además de la abuela, dos tíos y un primo de María, por lo que, durante el tiempo de convalecencia, siete personas compartieron el mismo espacio, lo que generó tensiones y dificultades de adaptación:

Tengo un hijo de 8 años, y es muy hiperactivo, entonces era como “ya Ricardo, no hagas esto” [...] Mi primo, mi hermano y mi tío, a veces si llegaban como a desesperarse, y se salían, se ponían su cubrebocas y se salían [a la calle]. Pero en el caso de nosotros [ella y su hijo] era como de que “no, espérate, no tenemos tanto dinero como para ir a gastar, e irnos a esto o irnos al otro”. De todos modos, todo estaba como cerrado y también era el cuidado por mi abuelita. (María, 26 años, desempleada)

Estos casos reflejan cómo, a través de las redes familiares y los recursos disponibles en ellas, los sectores populares enfrentan y resuelven los problemas derivados de las condiciones precarias de habitabilidad de sus viviendas.

Finalmente, es importante señalar que la pandemia de Covid-19 representó un desafío para los sistemas de salud a nivel global. La saturación de los hospitales fue una amenaza tanto en países del sur como del norte global. No obstante, las desigualdades en la infraestructura hospitalaria colocaron a los países en situaciones muy distintas ante este riesgo. En México, por ejemplo, solo hay 0.7 camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes, y aunque en la Ciudad de México, este número ascienda a 1.7, se encuentra muy por debajo de las 2.5 camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes recomendada por la OMS (Oliviera-Martínez y García-Andrés, 2021: 93). La necesidad de ampliar la capacidad hospitalaria orientada a los “pacientes por SARS-CoV-2 (Covid-19)” llevó a una reconversión de hospitales que afectó la atención de pacientes con otras enfermedades y desalentó la asistencia hospitalaria, salvo en casos graves. Como resultado, el cuidado de los enfermos recayó, en mayor medida, en las familias.

Trabajo de cuidados

Consideramos fundamental reconocer que la habitabilidad de la vivienda está estrechamente vinculada con una serie de trabajos y actividades que han sido objeto de análisis y reflexión crítica por parte de teóricas y analistas feministas. No obstante, en las sociedades capitalistas y patriarcales, estos trabajos han sido sistemáticamente invisibilizados y desvalorizados. Nos referimos a tareas esenciales para la reproducción social, como el trabajo doméstico y el trabajo de cuidados (Razavi, 2007; Batthyány, 2020), cuyas fronteras, en muchos casos, son difusas (Esquivel, 2012).

Siguiendo a Daly y Lewis (2000: 285), entendemos por cuidados (sociales) “las actividades y relaciones implicadas en satisfacer las necesidades físicas y emocionales de adultos y niños dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas se asignan y se llevan a cabo”. Sin embargo, es importante subrayar que no se trata de una cuestión dicotómica, sino de reconocer nuestra vulnerabilidad y el hecho de que, en mayor o menor medida, todas y todos hemos sido, somos y seremos tanto dependientes como cuidadores y cuidadoras (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 53). La organización

social del cuidado supone, en diferentes países y contextos, configuraciones institucionales heterogéneas en su provisión, las cuales articulan la participación del Estado, el mercado, las comunidades y las familias (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Sin embargo, estas configuraciones, al reproducir diversas desigualdades económicas y sociales, así como determinados presupuestos culturales, han depositado la responsabilidad principal del cuidado en las familias —especialmente en los sectores populares, que no pueden “externalizarlo” a través del mercado (Esquivel, 2012: 143)— y, dentro de ellas, en las mujeres.

En el ámbito doméstico, son ellas quienes asumen mayoritariamente las labores de cuidado, tanto directas como indirectas. Estas tareas incluyen la conservación y restauración del espacio físico mediante su mantenimiento, limpieza y organización, así como la atención de las necesidades afectivas, educativas y de apoyo de los miembros del hogar. Asimismo, las mujeres desempeñan un papel central en el cuidado de los cuerpos, mediante la preparación de alimentos y la atención de problemas de salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) (INEGI, 2019), las mujeres mayores de 12 años dedicaron en promedio 30.8 horas semanales al trabajo doméstico no remunerado y 12.3 horas al cuidado no remunerado de integrantes del hogar (sin incluir cuidados pasivos), mientras que los hombres del mismo grupo etario destinaron en promedio 11.6 y 5.4 horas, respectivamente. Cabe destacar que, en términos del Tiempo Total de Trabajo —que incluye tanto el trabajo doméstico como el remunerado— las mujeres trabajaron 6.2 horas semanales más que los hombres (INEGI, 2019). Durante la pandemia, esta distribución desigual se profundizó aún más (Llanes y Pacheco, 2021; Sanz, 2023).

La situación observada en Santo Domingo no fue distinta: el cuidado de los enfermos recayó principalmente en las mujeres. Por ejemplo, en el entorno habitacional de Yolanda, el enfermo fue su tío, quien vive solo en un cuarto independiente dentro del predio donde habita su familia, junto con otros parientes que ocupan construcciones y pisos “independientes” dentro del mismo terreno.

Él vive ahí solo, mi tía acondicionó ese lugar, tiene como un cuarto y un baño y nada más que se cubrió de plástico donde el salía o entraba [...], una de mis primas que estudió inhaloterapia era quien entraba a inyectarlo, porque sí le mandaron tratamiento: vitaminas, medicina, otras ampollitas tomadas, entonces pues nosotros éramos quienes estábamos al pendiente de él para lo que necesitará comprar, pero mi prima era la que entraba. [...] Una de mis tías, la que está enfrente del terreno, se encargaba de hacerle su comida de acuerdo con las instrucciones que nos dieron, como dieta que le mandaron, porque también está un poco gordito mi tío. Le mandaron dieta y ella era quien la hacía, y ya si necesitaba medicina o ir a comprar algo así ya nosotros nos organizamos, mi otra tía o yo. (Yolanda, 37 años, asesora de seguros)

Como muestra la siguiente cita, en torno al tío se configuró una red de cuidado conformada por distintos miembros de la familia extensa que co-residen en el predio. Sin embargo, es importante señalar que todas las personas involucradas en su atención fueron mujeres. Este patrón se repite en prácticamente todas las entrevistas. Pilar, por ejemplo, nos relató cómo asumió la responsabilidad del cuidado preventivo de sus hijos y nietos. Un caso similar es el de Yaneth, quien vive con sus dos hijos, sus padres y su hermana. Cuando esta última enfermó, fueron Yaneth y su madre quienes se encargaron de atenderla, así como de limpiar y desinfectar el baño compartido por todos los miembros del hogar.

Un último ejemplo es el de la familia de Darío y los distintos ciclos de contagio por los que atravesaron. En un primer momento, quien enfermó fue Darío:

Regrese a la casa y así de la nada dolor de cabeza al mil, ¡al mil, eh!; [...] dolor de huesos, al mil, al mil, [...] pero me sentía como el de la película del *Hombre de vidrio*, super frágil, o sea, sentía que me resquebrajaba y quedaba sin fuerzas, que es lo más horrible que he sentido en mi vida, o sea, esta energía que da el alma y el espíritu, sientes que se te va, sientes como si algo se te desgarrará por dentro, no lo ves, pero lo sientes y se te va y no tienes fuerzas para nada. (Darío, 48 años, tapicero, cortinero y taxista)

Cuando estuvo gravemente enfermo, fue su madre quien lo cuidó:

Y aquí en la casa, quien me tiro esquina pues fue mi mamá, digo quien me tiro esquina a manera de quién me ayudó, quien me apoyo... [...] quien tiró paro fue mi mamá, ella estaba aquí mira... en la estufa, desde aquí preparaba cosas. (Darío, 48 años, tapicero, cortinero y taxista)

Unos meses después, su madre y los demás familiares con quienes cohabita enfermaron simultáneamente. En esta ocasión, fue su hermana quien asumió principalmente la responsabilidad del cuidado de todos, a pesar de que ella misma también estaba enferma, mientras que Darío, en cambio, permanecía sano.

Pues [...] yo apoyaba trayendo las cosas, las cosas para comer [del mandado], y aquí mi hermana aún... porque a ella no le fue tan peor como a los demás que se cayeran en cama, entonces ella acá [se encargó de cocinar] bien cubierta, o sea, cubrebocas, guantes y de todo [...] ella fue la que se rifo, preparando los alimentos, yo nada más apoyé. (Darío, 48 años, tapicero, cortinero y taxista)

Esta situación evidencia diversas desigualdades y problemáticas. Por un lado, la persistencia de patrones tradicionales en la división social del trabajo por género, propios de un sistema patriarcal que asigna los trabajos de cuidado a las mujeres como si fueran parte de su “naturaleza”, al mismo tiempo que los desvaloriza (Batthyány, 2020). La carga del tra-

bajo de cuidados no remunerados que desempeñan las mujeres dentro del hogar las coloca en desventaja para acceder a empleos remunerados (Arteaga, Cabezas-Cartagena y Ramírez, 2020), lo que limita sus posibilidades de autonomía dentro de la estructura familiar (Amilpas, 2020; Llanes y Pacheco, 2021). Además, esta desigualdad revela condiciones de habitabilidad desiguales incluso dentro del propio hogar. En otras palabras, ¿quién cuida a quienes cuidan? (Ayala, Obregón y Figueroa, 2023).

Por otro lado, el hecho de que muchas de estas tareas de cuidado se desarrollen no solo dentro de la familia nuclear, sino también en estructuras de familia ampliada, da cuenta tanto del peso que las familias tienen en la provisión del cuidado —ante la ausencia de otras instituciones sociales, principalmente del Estado— como de la fuerte sujeción de los individuos a las redes familiares (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

Solidaridad vecinal

Como hemos expuesto, las redes familiares constituyen un capital social fundamental que no solo provee recursos para establecer condiciones de habitabilidad, sino que también permite afrontar deficiencias en la vivienda en momentos críticos.

No obstante, la solidaridad no se limitó únicamente a los vínculos familiares, sino que, en cierta medida, también se manifestó a través de redes sociales más amplias, sustentadas en relaciones de reconocimiento vecinal. A diferencia de los lazos fuertes o densos propios de las relaciones familiares abordadas previamente, en este caso se trató principalmente de vínculos débiles (Millán y Gordon, 2011; Martínez, 2024). Un ejemplo de ello lo observamos al inicio del artículo, con el caso de Elena y su preocupación por que sus vecinos tuvieran acceso al agua al mismo tiempo que ella. De manera más general, la solidaridad y el apoyo mutuo entre vecinos se tradujeron en ciertas formas de cooperación, como lo evidencian los relatos de Jocelyn, Yaneth y Darío:

Optamos por comprarle a las tiendas de a lado, [...] aquí hay unas tiendas muy buenas, de muy buenos precios, y buena calidad, entonces dijimos: “Pues ya no hay que ir al super, hay que consumir local.” Sí, así le hacíamos, igual nos dieron teléfono y podíamos hacer pedido, y en su bicicleta con su carrito ahí te lo traían y pues ya dije: “Ah, qué bueno que así entre vecinos nos estamos ayudando, ¿no?” (Jocelyn, 54 años, trabajo en el hogar)

[La mamá de Yaneth renta un departamento en obra negra arriba de su casa. Durante la pandemia, los inquilinos le llegaron a decir:] “Oye, pues te voy a dar la mitad [de la renta], y aguántame dos semanas y te doy la otra mitad.” Entonces, pues por las circunstancias yo no me ponía mal, de [decirles] “¡No, pues lo voy a necesitar completo!” o así, obviamente [sí] tenía la necesidad [de los ingresos] pero creo que hay que ser un poco empáticos [con los otros]. (Yaneth, 27 años, promotora de extintores)

Aquí hay unos vecinos que no tienen nada, o sea, la neta es que ni como para ir al doctor, eh, entonces, pues: “Júntate una despensa, y llévaselas, ahí déjaselas.” Bueno, eso es parte también de solidarizarse, porque llegabas, tocabas y decías traigo esta despensa para mi amigo Víctor, para mi amiga Martha, ahí se las pasan y órale... Y quienes vivimos la situación también era de: “¿Qué crees? [fulanito] tiene Covid.” Pues la manera de solidarizarnos pues era: “Ánimo, esta enfermedad es de huevos, tienes [que] combatirla a través de estarte hidratando constantemente, el té, no tendrás ganas pero échale para adelante”, con una llamada telefónica, [...] la llamada por teléfono, las videollamadas, aquí en la casa era hacer oración. [...] Entonces, yo por ejemplo trato ya de diferente manera a la gente, o sea, a mi ya no me espanta que estén enfermos de una cosa o de otra, lo que hay que hacer es buscar las maneras y los medio para motivar, para perseverar en esta vida. [...] En la cuadra donde yo vivo hubo solidaridad, si no de todos, de unos cuantos hacia algunas personas hubo, y por cuadra habrá quienes se hayan solidarizado con algún vecino, entonces podríamos decir que hubo solidaridad, tal vez no al 100 % pero cuando menos algo de solidaridad, algo de piedad y misericordia... [...] Pues aquí, por ejemplo, en mi cuadra de lo que fuera, o sea hubo quienes dijeron: “Yo no tengo despensa, pero ahí les van 500 pesos”, medicamento, quién les iba a comprar [...] el paracetamol y todo eso, entonces el apoyo no solo fue en despensa, también fue económico, [...] el apoyo espiritual también. Y en la medida de las posibilidades de cada quien, porque también sin trabajo, aquí en Santo Domingo la mayoría de la población vive del trabajo informal. (Darío, 48 años, tapicero, cortinero y taxista)

Como muestran estos testimonios, los apoyos brindados no supusieron mayores articulaciones en términos de participación y acción colectiva, sino que más bien consistieron en gestos individuales de solidaridad, a través de los cuales circularon recursos modestos. Algunos de estos pueden enmarcarse dentro de la idea de una “economía moral” (Thompson, 1995), en la que la racionalidad económica se subordina a la necesidad del otro, como ocurre en los ejemplos de Jocelyn y Yaneth. La pandemia, como crisis multidimensional, tuvo entre sus principales efectos la precarización económica en los hogares debido a la pérdida o reducción de ingresos. En este contexto, estos gestos, aunque mínimos en apariencia, resultaron significativos. Yaneth, por ejemplo, relató que para su familia: “la situación fue muy, muy dura [...] a mitad de semana ya no había [para el gasto] y era como... pues con frijolitos. O sea, sí se redujo bastante. Más en la ingesta de comida.” Darío, por otra parte, destacó otras formas de apoyo, como la entrega de despensas y medicamentos a vecinos enfermos, lo que remite a formas de “cuidados indirectos”, en tanto crean las condiciones necesarias para el cuidado directo. Además, como señala Maoderin (en Razavi, 2007: 8), “muchas veces las personas enfermas no se encuentran en condiciones para ir de compras”. Asimismo, Darío hizo referencia al apoyo emocional y afectivo, dimensiones esenciales del trabajo de cuidados (Carrasco, Borderías y Torn, 2011; Batthyány, 2020).

Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en otros espacios populares de México, América Latina y otras regiones del mundo (Pleyers, 2021; Fournier, 2022), no encontramos en Santo Domingo esfuerzos organizativos más amplios; en su lugar, la solidaridad se mantuvo restringida a gestos individuales.

A pesar de que es una colonia que estamos todos pegaditos y eso, no hay como una experiencia comunitaria, no hay espacios organizativos entre vecinos, por ejemplo, como para ver qué haces con ellos y demás. En realidad, puede ser un mal comentario porque estoy tomando como referencia otras comunidades que sí están organizadas por lo que sí podían enfrentarse a la pandemia así, o sea, podían hacer talleres para explicarse entre ellos como funcionaba [el virus y su transmisión], qué había que cuidar, que podían hacer coperacha para la gente que se había enfermado y necesitaba hospitalización y eso... Y pues acá no hay espacios igual. (Juana, 38 años, cooperativista)

Servicios de salud

Consultorios privados e instituciones públicas de salud

El acceso a servicios indispensables en el entorno inmediato —como establecimientos de abasto, centros educativos, espacios culturales y recreativos, así como instituciones de salud— constituye un componente clave de las condiciones de habitabilidad de la vivienda, junto con la calidad de los servicios que estos espacios ofrecen.

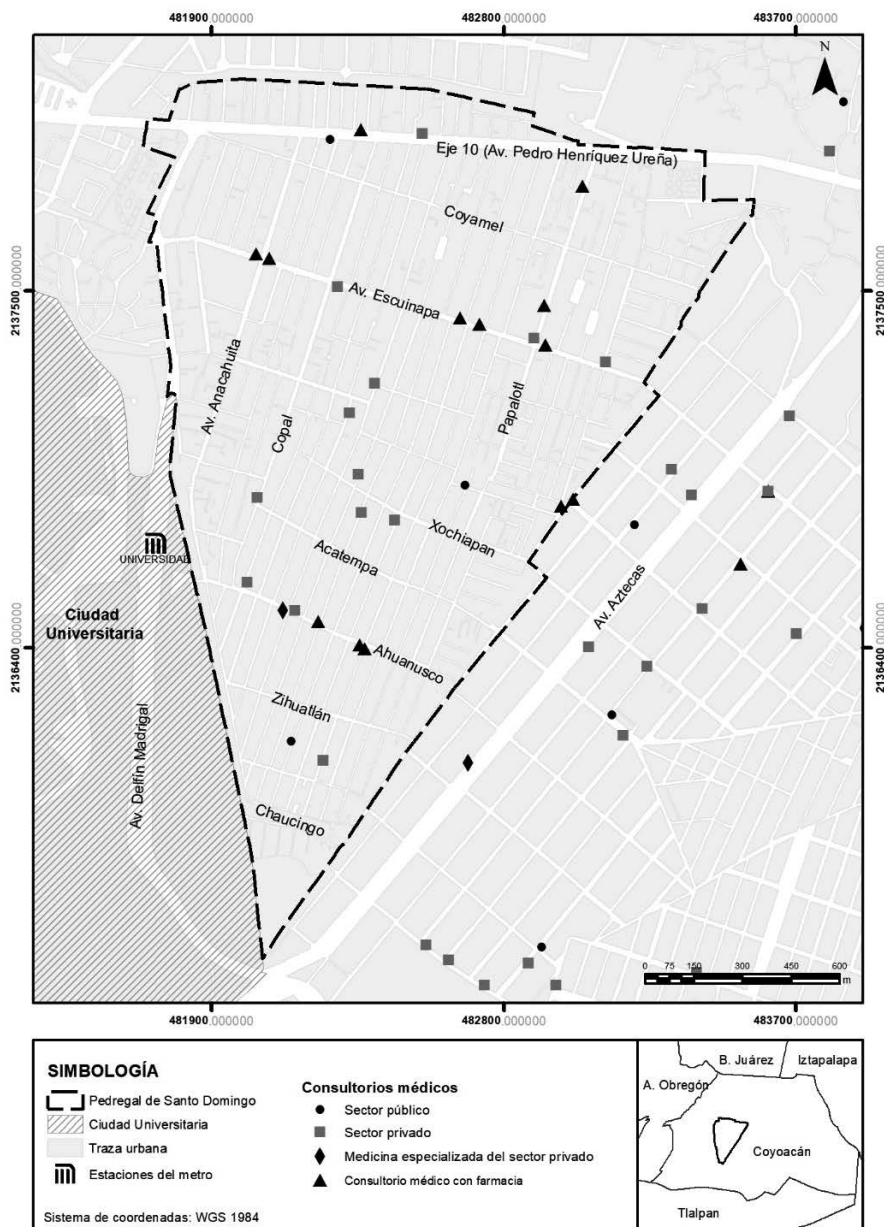
Al indagar sobre los centros de atención médica a los que recurren los entrevistados como primer nivel de atención, observamos un predominio de servicios privados de bajo costo, principalmente consultorios adyacentes a farmacias (como por ejemplo los de Farmacias Similares) y consultorios médicos —médicos generales— que se encuentran dispersos al interior de la colonia (ver mapa 1). Según los testimonios recabados, el costo de consulta en estos establecimientos oscila entre 60 y 300 pesos.

Las palabras de Jocelyn, María y Yolanda ilustran lo mencionado:

Cuando son enfermedades, como una infección en el estómago, que vómito, diarrea o infección en la garganta, aquí hay un doctor [al que vamos], no es farmacia Simi, que cobra 100 pesos la consulta... [...] Un doctor particular, médico general, gracias a dios tenemos buena salud, no ha sido necesario acudir a ningún otro lugar. Yo tengo seguro, tengo IMSS... (Jocelyn, 54 años, trabajo en el hogar)

[Voy] a los médicos “Similares” de aquí. [...] a dos cuadras aquí hay uno, de este lado a tres cuadras hay otro, en avenida Aztecas hay dos consultorios, entonces no tenemos como problema en

Mapa 1
Consultorios médicos en Santo Domingo



Fuente: Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) (INEGI, s.f.). Elaborado por Uriel Martínez Ramírez.

eso. [...] Los de aquí son “Similares”. Los de acá son particulares. Igual más abajo hay como dos hospitales chiquitos, igual privados, y el de la siguiente esquina creo es “Farmasim”, o así, como parecido al “Similares”. (María, 26 años, desempleada)

Para consultas sencillas y eso, sí hay [opciones en Santo Domingo], está el doctor [privado] aquí en la esquina y siempre esta llenísimo. La doctora [a la que voy] es de Farmacias Similares pero la verdad es muy buena esa doctora, entonces yo trato de acudir con mis hijas y eso, ya la cuestión, por ejemplo, mi hija, la chica, esta con principios de asma entonces yo esa vez la vi mala y ya corrí con la doctora y me dijo: “Sabes qué, vete corriendo a un Centro Infantil” o “Llévatela porque no te la puedo atender, porque ya trae los pulmones muy colapsados”. Ni me cobró, me la reviso y todo, y me dijo: “¡Ya vete!”, entonces ya me llevé a mi niña, entonces para cuestiones así pues sencillas o una enfermedad así como típica, sí son buenos estos doctores, ya para urgencias hay que acudir a otro lado. [...] Ese día me fui al hospital infantil que está en Coyoacán, casi como si ingresaras al centro de Coyoacán, casi ingresando a Miguel Ángel de Quevedo. (Yolanda, 37 años, asesora de seguros)

Como señala Yolanda en su testimonio, estos consultorios ofrecen únicamente atención primaria, ya que carecen de infraestructura para cirugías y otros procedimientos médicos, además de que usualmente no cuentan con médicos especialistas.

No obstante, en los últimos años, la presencia de este tipo de establecimientos ha aumentado considerablemente. De acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) levantado por el INEGI en 2021, en el Pedregal de Santo Domingo había un total de 30 consultorios médicos, tan sólo 3 eran públicos y 27 privados, de estos 13 correspondían a consultorios adyacentes a farmacias (ver tabla 1).²

Tabla 1
 Consultorios médicos en Pedregal de Santo Domingo

Consultorio médico	Total
Farmacia y consultorio	13
Sector privado	13
Sector público	3
Medicina especializada del sector privado	1
Total	30

Fuente: Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) (INEGI, s.f.).

² Agradecemos a Alicia Ziccardi y a Uriel Martínez compartirnos esta información.

El crecimiento de los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) en las últimas décadas está vinculado a estrategias empresariales neoliberales orientadas a la venta de medicamentos genéricos y similares. Su expansión se aceleró tras la prohibición de la venta de antibióticos sin receta médica en 2010, lo que evidencia no solo una búsqueda de rentabilidad, sino también una estrategia de maximización de ganancias por parte de las farmacias (Hayden, 2007). Así, estos lugares han respondido —desde la lógica del mercado— a la necesidad de atención médica de poblaciones con bajos ingresos, lo que pone de manifiesto las deficiencias en la cobertura, la calidad de la atención y el trato en las instituciones públicas de salud. Al mismo tiempo, reflejan la imposibilidad de una parte de la población de acceder a servicios privados de mayor calidad (Chu y García-Cuellar, 2011). No obstante, la calidad de la atención en los CAF ha sido objeto de amplias críticas, incluida la profesionalización de los médicos que laboran en ellos (Leyva y Pichardo, 2012; Díaz-Portillo et al., 2015). Su regulación comenzó apenas en 2013 y aún presenta diversas limitaciones (Morán, 2021: 17). Además, como señalan Colchero et al. (2020), no hay claridad en qué medida estos consultorios:

se adhieren a las guías de prácticas clínicas emitidas y aprobadas por la Secretaría de Salud. Aún más, como estos consultorios son dependientes de farmacias, los médicos que atienden podrían tener incentivos por prescribir medicamentos que no sean necesarios para beneficiar a las farmacias que los emplean. Estudios previos han mostrado que los médicos en CAF tienen menos experiencia y ganan menos que proveedores públicos. (Colchero et al., 2020: 856)

A pesar de estos cuestionamientos, la expansión territorial de estos consultorios en México ha sido acelerada. De acuerdo con Morán (2021: 10), para 2021 existían ya alrededor de 17 000 consultorios de este tipo en el país, que dan respuesta a aproximadamente 35 % de las consultas generales anuales.

La relevancia de estos consultorios en la vida cotidiana de nuestros entrevistados y su papel durante la pandemia (Carrión, 2020), reflejan las limitaciones estructurales del sistema de salud pública en México. Como en la mayoría de los países latinoamericanos (Martich, 2021), la cobertura de salud pública ha sido históricamente deficiente y su estructura fragmentada, ya que está compuesta por diversas instituciones vinculadas al empleo formal. Como resultado, millones de trabajadores en condiciones de informalidad han quedado excluidos de la seguridad social.

Desde 2001 se han impulsado esquemas para ampliar la cobertura de salud en este sector de la población; sin embargo, estos programas han presentado importantes limitaciones, pues aumentaron la afiliación sin fortalecer en la misma medida las capacidades institucionales para atender la demanda (Chu y García-Cuellar, 2011; Lomelí, 2020; Olivera-Martínez y García-Andrés, 2021).

En el caso de Santo Domingo, alrededor de 30 % de los habitantes no cuenta con afiliación a servicios públicos de salud (SECTEI, 2022: 107). No obstante, pese a la alta incidencia de empleo informal en la zona, la tasa de inscripción a instituciones de salud pública es similar a la del resto de la ciudad. Un aspecto relevante en este contexto es la presencia de estrategias irregulares de afiliación a servicios de salud pública a través del empleo formal.

Mi esposo conoce a un amigo [...] que tienen una empresa de limpieza, entonces le dice: “Oye, ¿me podrías dar de alta como tu trabajador y yo pago el seguro?”, entonces ya se va pagando el seguro y es la manera que uno tiene seguro. (Jocelyn, 54 años, trabajo en el hogar)

Como es evidente, la falta de cobertura pública obliga a la población a buscar alternativas para acceder a servicios de salud, entre ellas, los consultorios privados de bajo costo. Sin embargo, como se ha señalado previamente, no solo las personas sin afiliación a instituciones públicas recurren a estos servicios. De hecho, Colchero et al. (2020: 853-856) evidencian un crecimiento en la atención privada en el primer nivel de atención, incluso entre derechohabientes y afiliados al sistema de salud público.

La experiencia de nuestros entrevistados permite comprender las razones detrás de esta preferencia por la atención privada.

En primer lugar, destaca la proximidad espacial de estos consultorios. Los habitantes de Santo Domingo perciben su vecindario como una zona bien ubicada en relación con clínicas y hospitales públicos cercanos, en particular en Coyoacán, así como con la zona de hospitales en Tlalpan y otras áreas próximas. Iván, por ejemplo, mencionó esta ventaja al hablar de su clínica del ISSSTE.

Sí, [la clínica] nos queda cerca, por Coyoacán [...], por el centro de Coyoacán, no recuerdo bien la calle, pero de la casa allá han de ser como 20 o 25 minutos en auto. [...] A nosotros nos gusta Santo Domingo, en el sentido de que encontramos de todo a todas horas, hay como vida todo el día y toda la noche, hay mercados por todos lados, tiendas y puestos para comer, queda cercano cu y muchos lugares quedan cerca. (Iván, 35 años, trabajador administrativo)

A pesar de las condiciones de precariedad y privación que enfrenta la población, Santo Domingo no se encuentra en la periferia urbana, sino en una zona de relativa centralidad metropolitana. Así lo reconocen varios entrevistados, quienes destacan la cercanía con distintos centros de salud públicos. No obstante, los consultorios privados tienen una ventaja aún mayor en términos de accesibilidad, pues, a diferencia de las instituciones de salud pública, están distribuidos al interior de la colonia, a distancias que pueden recorrerse en pocos minutos a pie. Más allá de la proximidad geográfica, la diferencia en el tiempo de espera entre ambos tipos de atención es considerable. Según datos de la ENIGH 2018 el tiempo pro-

medio de traslado y espera para ser atendido en una institución privada es de 54 minutos, mientras que en las instituciones públicas suele superar la hora y media, llegando incluso a las dos horas (Valencia y Jaramillo, 2023: 69).

Este punto nos conduce a una segunda razón para la reticencia a utilizar los servicios públicos de salud, cuando existen alternativas privadas accesibles. Dicha reticencia se debe, en gran medida, a las deficiencias en la atención y en el trato, agravadas por la constante saturación del sistema público. Entre otros factores, una limitante crucial es la cantidad de camas y personal médico por cada mil habitantes, cifra que se encuentra muy por debajo de las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS (Olivera-Martínez y García-Andrés, 2021).

En muchos casos, los servicios públicos solo son utilizados cuando se trata de padecimientos graves que no pueden ser atendidos en consultorios privados y cuyo tratamiento en hospitales particulares supondría un gasto inalcanzable para las familias. Es decir, se recurre a las instituciones públicas porque, ante ciertas enfermedades o emergencias, representan la única posibilidad real de acceso a atención médica. Los casos de María y Demetrio ilustran esta dinámica.

La familia de María, por ejemplo, se atiende con la doctora de un consultorio de Farmacia Similares, incluso su mamá que es derechohabiente del IMSS:

Hemos tenido experiencias un poquito feas en esa cuestión, entonces uno como ser humano piensa en el hecho de ¿para qué vas a un servicio así [del IMSS]? A lo mejor, [en el consultorio de la farmacia] pagas 60 pesos, pero te están atendiendo a ti personalmente. [En el IMSS es el] maltrato... de que no te hacen caso... de muchas cuestiones... y ahora sí que de esas cuestiones tuvimos dos fallecimientos en los cuales no pudimos hacer nada... Entonces, [mi mamá] si tiene algo muy grave, que se sienta muy, muy mal, sí acude al IMSS, pero si no, recurrimos con la doctora [de la farmacia] que ya es de tiempo con nosotros, y ya le tenemos confianza y ya dices, pues pagas 60 pesos, pero te está revisando solamente a ti, y te manda un medicamento adecuado para ti, en vez de ir a estar esperando mil horas a que te atiendan y que te digan: "Tomate un paracetamol", es como lo pensamos, a lo mejor estamos mal. (María, 26 años, desempleada)

Por su parte, Demetrio describe con mayor detalle la relación entre las clínicas del IMSS, los hospitales públicos y las clínicas privadas.

Por lo general consideramos que no lo amerita [llevar a sus hijos a las clínicas del IMSS], hay veces que los llevamos [al médico particular en la colonia] nada más por algún resfriado o cosas así, para que nos den un jarabe o cosas así sencillas [...] [La clínica del] IMSS pues no está tan lejos, pero pues comparado con las clínicas [privadas] que tenemos aquí mismo en la colonia pues nos queda un poquito más retirado y aparte, pues ya sabes que todo esto de la

espera, la cita y todo esto, pues mejor preferimos hacer el pago que acudir ahí. (Demetrio, 37 años, empleado de almacén)

Si bien prefiere atenderse en un consultorio privado para padecimientos menores, cuando ha enfrentado problemas de salud más graves, ha recurrido a un hospital general público, donde cuenta con servicios de emergencia y mejor equipamiento para su atención:

Yo digo que no amerita, por ejemplo, ir a la clínica [del IMSS] que no es de urgencias, cuando solamente les ha dado resfriado, gripe, que tienen tos... pero, por ejemplo, en otros momentos en que ya se me han caído los niños y que ya necesitan una sutura o que necesitan una férula, pues ahí incluso ni siquiera los llevamos a esa clínica [del IMSS], la 19, esa ya la brincamos y nos vamos a los otros hospitales, a los de urgencias [Hospitales Generales]... O sea, al final, no usamos la clínica [del IMSS] ni para cosas leves, ni para cosas grandes, porque para lo leve se me hace bastante trámite, y para lo grave pues son cosas que ya sobrepasan lo que atienden ahí... (Demetrio, 37 años, empleado de almacén)

En este sentido, los servicios médicos públicos se convierten en la opción principal para tratar enfermedades graves, cuyo costo en el sector privado representaría un fuerte impacto para la economía familiar. Sin embargo, los padecimientos cotidianos son atendidos en consultorios privados de bajo y muy bajo costo, a pesar de las dudas sobre la regulación y calidad médica de sus servicios. La rapidez en la atención es un factor determinante, pues reduce los tiempos de espera y evita que los pacientes enfrenten complicaciones en su jornada laboral o dificultades para obtener permisos en sus trabajos.

De esta manera, aunque la infraestructura de salud pública es accesible geográficamente, las deficiencias en la calidad del servicio limitan su uso y afectan las condiciones de habitabilidad de la población.

Rumores y saturación de la atención médica en la pandemia.

Finalmente, en el contexto de la pandemia de Covid-19 hubo otras dos circunstancias que generaron inaccesibilidad a la atención médica de instituciones públicas.

En primer lugar, circularon diversos rumores negativos que, aunque carecían de detalles específicos, alimentaron narrativas conspirativas según las cuales quienes ingresaban a los hospitales no salían con vida. Estos rumores reflejan no solo valoraciones negativas sobre los servicios de salud pública en México, sino también la desconfianza y la percepción de opacidad en sus prácticas, así como las relaciones de poder implícitas en la atención médica (Samuels, 2015). En Santo Domingo, esta desconfianza contribuyó a que parte de la población evitara acudir a instituciones públicas de salud.

Que te voy a ser sincera, hubo un día que me sentía mal y decía: “Ay no puede ser que se me haya pegado eso [es decir, que se enfermara de Covid-19].” Y la verdad ya me iba a ir al Seguro, pero ese día se me ocurrió hablarle a una amigueta, y me dijo: “Oye te oigo bien mala.” Y le dije: “Sí, ¿qué crees?...” Y ya le empecé a comentar, y ya me dijo: “No, mira, hazte esto y esto y esto... no vayas al Seguro porque la gente se está muriendo como pan caliente” Y ya le dije: “Ay, sí”, entonces me hice un remedio que ella me dio. (Pilar, 63 años, comerciante en mercado)

Mi mamá se enfermó muy feo, en verdad tuvo 3 días temperatura muy fuerte. [Pero] igual no la quisimos llevar al médico por todas estas cosas que se veían de que estaba la gente desapareciendo, etcétera... de que ya los dejaban ahí, de que ya no salían, entonces nos dio muchísimo miedo llevarla al hospital [IMSS]. (Yaneth, 27 años, promotora de extintores)

En segundo lugar, la saturación de hospitales y centros de salud, tanto públicos como privados, generó preocupaciones adicionales. Este problema se extendió también a los establecimientos donde se realizaban pruebas diagnósticas de Covid-19, dificultando aún más el acceso a la atención médica.

En el Centro de Salud que no está muy lejos de aquí, la gente estaba muy amontonada de que se iban hacer las pruebas Covid, y la gente estaba muy amontonada y los puestos de comida enfrente. Entonces, tú pasabas con tu mandado porque tenías que pasar por ahí y la gente sin cubre bocas sin siquiera saber si en realidad tenían Covid. (María, 26 años, desempleada)

Como lo expresa María, muchos de estos espacios eran percibidos como “focos rojos” que debían evitarse en los trayectos cotidianos, mayoritariamente recorridos a pie para abastecer los hogares. Además, la saturación no solo afectó a las instituciones públicas, sino también a los consultorios privados, lo que incrementó la percepción de riesgo al acudir a cualquiera de ellos:

Regularmente si no fuera por la pandemia casi siempre usamos los consultorios [privados] que hay por la zona, los ocupamos mucho. Pero en el momento de la pandemia la verdad nos daba mucho miedo, porque ya no sabíamos si te podrías contagiar yendo al médico sin estar enfermo. (Iván, 35 años, trabajador administrativo)

Se hacían muchas filas, era muy tedioso el estar en el Centro de Salud, ¡era muy estresante! [...] Llegas a las 6 de la mañana y tu consulta viene a ser hasta las 11-12 del día. Y estar conviviendo [estás] con gente expuesta, también con síntomas y viviendo generalizadamente el asunto de “Híjole no me vayas a contagiar”. [...] Doctores también teniendo la emoción propia del momento, y ya también queriendo no atender a la gente. (Darío, 48 años, tapicero, cortinero y taxista)

Como ya mencionamos, una de las estrategias implementadas para enfrentar la crisis sanitaria fue la denominada “reconversión hospitalaria”. A través de este mecanismo, numerosos hospitales públicos redirigieron sus recursos —incluyendo camas hospitalarias, unidades de cuidados intensivos y personal médico— exclusivamente a la atención de pacientes con Covid-19. Si bien esta medida permitió ampliar la capacidad de respuesta del sistema de salud pública ante la creciente demanda, no contuvo la saturación de muchos centros hospitalarios. Como resultado, numerosos enfermos debieron recorrer la ciudad en busca de una institución que pudiera recibirlos. Sin embargo, esta estrategia tuvo otra consecuencia significativa: la postergación de la atención médica para pacientes con otros padecimientos, quienes quedaron relegados ante la prioridad otorgada a los casos de Covid-19 (Olivera-Martínez y García-Andrés, 2021; Muñoz y Cortez, 2022). Sobre esta situación nos habló Alfonso:

[A] mi hijo [...] le empezó un dolor de la vesícula, entonces tuvimos que llevarlo a su clínica, pero tristemente no nos aceptaron porque era supuestamente puro Covid, nos mandaban a otro hospital. [...] Nos mandaron al de 20 de Noviembre y fuimos y tampoco [...] y luego fuimos a una clínica ahí en la calle de América y tampoco, que porque era puro Covid. Entonces al final de cuentas se tuvo que operar de urgencia en un hospital particular por la cuestión de la vesícula y bueno ya fue un gasto que tuvo que salir de él [...] “¿Cómo es posible que...? estamos de acuerdo que sí hay Covid, pero la atención se te debió haber otorgado como derechohabiente”. (Alfonso, 63 años, chofer)

Reflexiones finales

En este artículo hemos analizado diversas dimensiones de la habitabilidad interna y urbana de las viviendas en relación con el cuidado y la atención de la salud. A partir de las experiencias de confinamiento, seguimiento de medidas sanitarias y atención a los enfermos en espacios domésticos e instituciones médicas —tanto públicas como privadas—, exploramos la manera en que los habitantes de Santo Domingo, Coyoacán, vivieron estas situaciones durante la pandemia de Covid-19. Más allá de la crisis coyuntural que representó la pandemia, este análisis evidencia condiciones estructurales de privación y precariedad. En particular, muestra cómo las viviendas autoconstruidas en espacios de urbanización popular presentan múltiples deficiencias para garantizar condiciones adecuadas de cuidado y atención a la salud de sus habitantes.

Además de los aspectos materiales de la habitabilidad —como la edificación y la infraestructura de servicios básicos (agua, electricidad, drenaje)—, nuestro análisis se centró en dos dimensiones fundamentales.

En primer lugar, examinamos las dimensiones sociales de la habitabilidad. Esta no es una condición abstracta desligada de quienes habitan los espacios, sino que está inscrita en procesos sociales. Las necesidades que determinan la habitabilidad no solo se moldean culturalmente, sino que también cambian a lo largo del tiempo debido a transformaciones etarias, trayectorias familiares y modificaciones en la composición de los hogares. Asimismo, emergen nuevas necesidades de manera contingente ante crisis como la pandemia. Sin embargo, esta investigación resalta dos aspectos clave que consideramos aportaciones a la conceptualización de la habitabilidad. Primero, que esta se construye también a través del trabajo de cuidados dentro de la vivienda, el cual abarca la atención emocional y afectiva, el cuidado del cuerpo y la organización y mantenimiento del espacio doméstico. Estas labores, mayormente feminizadas, suelen ser invisibilizadas y poco reconocidas, reflejando una distribución desigual de responsabilidades dentro del hogar. Segundo, evidenciamos que las redes y lazos sociales en el entorno inmediato no solo facilitan el acceso a recursos en contextos de precariedad, sino que, en sí mismos, contribuyen a la producción de habitabilidad.

En segundo lugar, analizamos el acceso a servicios esenciales en el entorno urbano próximo, particularmente los servicios de atención médica. La habitabilidad también se define en función de la ubicación de la vivienda en relación con la infraestructura urbana (pavimentación de calles, alumbrado público, espacios recreativos, centros culturales) y su accesibilidad a bienes sociales indispensables como escuelas, lugares de trabajo, centros de salud y puntos de abastecimiento. Esta accesibilidad depende tanto de la distribución de dichos servicios en la ciudad como de la configuración de los medios de transporte. A diferencia de la mayoría de los asentamientos de urbanización popular, Santo Domingo no se encuentra en la periferia urbana, sino en una ubicación relativamente privilegiada dentro del contexto metropolitano, con una notable proximidad a servicios médicos.

Sin embargo, el hecho de que la distancia no constituya un obstáculo para acceder a los servicios de salud pública hizo aún más evidentes sus deficiencias. Resulta significativo que, a pesar de la cercanía geográfica y del derecho a la atención médica en estas instituciones, muchas personas prefieran evitarlas cuando pueden costear alternativas en el sector privado. En este sentido, los consultorios adyacentes a farmacias han emergido como una opción accesible, con tiempos de espera reducidos y un trato percibido como más amable por los entrevistados. No obstante, si bien estos espacios ofrecen una respuesta inmediata a necesidades médicas básicas, la calidad médica de la atención presenta importantes deficiencias.

Sobre los autores

VICENTE MOCTEZUMA MENDOZA es doctor en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; sus líneas de investigación son la antropología urbana, sectores populares, violencias, desigualdades y exclusiones socioespaciales; entre sus publicaciones más recientes se encuentran: “Memoria y desplazamientos. Centros históricos, gentrificación y producción de desconocimiento” (2024) *CUADERNOS Arquitectura de Yucatán*, 37; “Vulnerabilidad y violencia en el comercio popular, Ciudad de México” (2023) *Revista Mexicana de Sociología*, 85(1); *El desvanecimiento de lo popular. Gentrificación en el Centro Histórico de la Ciudad de México* (2021) El Colegio de México / CIESAS.

DANIELA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ es pasante de licenciatura en Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas Sociales, UNAM; sus líneas de investigación son la sociología urbana, la migración y la exclusión social; entre sus publicaciones más recientes se encuentran: (con Víctor Villarreal Cabello) “Apropiación del espacio y del movimiento de las Caravanas Migrantes” (2025) *Cuadernos de coyuntura*, 6(10); (con Bruno Miranda y Jana Sosa) “Diferencia y espera: migrantes africanos y asiáticos en Tapachula, frontera sur de México” (2023) *Diarios del Terruño*, 2(15).

Referencias bibliográficas

- Amilpas García, Mónica (2020) “Mujeres, trabajo de cuidados y sobreexplotación: Desigualdades de género en México durante la pandemia por COVID-19” *Espacio I+D*, 9(25): 99-117.
- Armenta Menchaca, Carmen; García, Joaquín y Alejandra Palacios (2020) “La vulnerabilidad de la vivienda como indicador del contagio comunitario ante la COVID-19 en México (IVIV-COVID)” *Revista Vivienda Infonavit*, 1(4): 1-16.
- Arteaga-Aguirre, Catalina; Cabezas-Cartagena, Valentina y Fernanda Ramírez (2021) “Mujeres, teletrabajo y estrategias de cuidados en el contexto de pandemia en Chile” *Revista CS* (35): 11-39.
- Ayala Mira, Mónica; Obregón Velasco, Nydia y María del Rocío Figueroa Varela (2023) “Narrativas de mujeres mexicanas frente al covid-19: precarización laboral y sobrecarga familiar” *Revista Colombiana de Sociología*, 46(1): 69-91.
- Batthyány, Karina (2020) “Miradas latinoamericanas al cuidado” en Batthyány, Karina (coord.) *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. CLACSO/ Siglo XXI, pp. 11-41.

- Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Teresa Torns (2011) “Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales” en *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas*. Los Libros de la Catarata, pp. 13-95.
- Carrión Rivera, Lydiette (2020) “Médicos de farmacia, primera línea invisible y porosa ante el coronavirus” *Corriente Alterna* [en línea]. 10 de junio. Disponible en: <<https://corrientealterna.unam.mx/nota/medicos-de-farmacia-la-primer-a-linea-ante-el-coronavirus/>>
- CEPAL (2021) *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Colchero, M. Arantxa; Gómez, Rouselinne; Figueroa, José L.; Rodríguez-Atristain, Alejandra y Sergio Bautista-Arredondo (2020) “Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018” *Salud Pública de México*, 62(6): 851-858.
- Contreras Camero, Arturo (2020) “Brigadistas inician cruzada contra covid-19 en barrios de CDMX” *Pie de página*.
- Chu, Michael y Regina García-Cuellar (2011) “Farmacias Similares Private and Public Health Care for the Base of the Pyramid in Mexico” *Business School of Harvard* [en línea]. Disponible en: <<https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=34003>>
- Daly, Mary y Jane Lewis (2000) “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states” *British Journal of Sociology*, 51(2): 281-298.
- Díaz-Portillo, Sandra; Idrovo, Álvaro J.; Dreser, Anahí; Bonilla, Federico R.; Matías-Juan, Bonifacia y Veronika J. Wirtz (2015) “Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración” *Salud Pública de México*, 57(4): 320-328.
- Di Virgilio, María Mercedes (2021) “Desigualdades, hábitat y vivienda en América Latina” *Revista Nueva Sociedad* (293): 77-92.
- Espinoza López, Ana E. y Gabriel Gómez Aspeitia (2010) “Hacia una concepción socio-física de la habitabilidad: espacialidad, sustentabilidad y sociedad” *Revista de Investigación Científica en Arquitectura*, 5(1): 59-69.
- Esquivel, Valeria (2012) “Cuidado, economía y agendas políticas: una mirada conceptual sobre la “organización social del cuidado” en América Latina” en ONU Mujeres (ed.) *La economía feminista desde América Latina: Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región*. ONU Mujeres, pp. 141-189.
- Esquivel, Valeria; Faur, Eleonor y Elizabeth Jelin (2012) “Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado” en *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES, pp. 11-43.

- Figueira, Fernando; Galindo, Luis M.; Giambruno, Cecilia y Merike Blofield (2020) “América Latina ante la crisis del COVID-19. Vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social” *Cepal: Políticas Sociales* (238).
- Flores, Emma Y. (2016) “Densificación en el hábitat popular y problemas de Salud: causas y consecuencias. El caso de la colonia Pedregal de Santo Domingo, Coyoacán” en Reyes Rodríguez, Ramón y Olga Clarisa Becerra Mercado (coords.) *Ciudad y salud. El entorno urbano como promotor de calidad de vida*. UAG / CUUAD, pp. 238-258.
- Fournier, Marisa (2022) *Taxonomía del trabajo del cuidado comunitario*. OIT.
- Giménez, Gilberto (2017) “Introducción” en Giménez, Gilberto (coord.) *El retorno de las culturas populares en las ciencias sociales*. IIS-UNAM, pp. 9-50.
- Hayden, Cori (2007) “A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico” *Current Anthropology*, 48(4): 475-495.
- INEGI (2019) *Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019: Presentación de resultados* [pdf]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf>
- INEGI (s.f.) *Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas* [en línea]. Disponible en: <<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>>.
- Leyva Piña, Marco A. y Santiago Pichardo Palacios (2012) “Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica?” *POLIS*, 1(8): 143-175.
- Lomelí Venegas, Leonardo (2020) “La economía de la salud en México” *Revista de la CEPAL* (132): 195-208.
- Llanes Díaz, Nathaly y Edith Pacheco Gómez Muñoz (2021) “Maternidad y trabajo no remunerado en el contexto del Covid-19” *Revista Mexicana de Sociología* (83): 61-92.
- Martínez, David (2020) “Crisis anunciada en Santo Domingo, Coyoacán” *Reporte Indigo* [en línea]. 31 de julio. Disponible en: <<http://reporteindigo.com/opinion/Crisis-anunciada-en-Santo-Domingo-Coyoacan-20200731-0001.html>>
- Martínez Sánchez, Julio C. (2024). “Estrategias de supervivencia y cohesión vecinal ante la COVID-19 en Nezahualcóyotl y Centro Histórico” *Revista Científica General José María Córdova*, 22(46): 339-360.
- Martich, Evangelina (2021) “Salud y desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos” *Revista Nueva Sociedad* (293): 117-129.
- Millán, René y Sara Gordon (2004) “Capital social: una lectura de tres perspectivas clásicas” *Revista Mexicana de Sociología*, 4(66): 711-747.
- Moctezuma Mendoza, Vicente (2021) *El desvanecimiento de lo popular: Gentrificación en el Centro Histórico de la Ciudad de México*. El Colegio de México/ CIESAS.
- Mondragón Parra, Jocelyn A. (2023) “La invasión urbana más grande en América Latina” *Revista Mexicana de Estudios de los Movimientos Sociales*, 7(1): 138-146.

- Morán Pérez, Ana V. (2021) “Los consultorios adyacentes a farmacia en tiempos de covid-19: crisis y omisiones del sector salud” *Alteridades*, 31(61): 9-20.
- Muñoz Martínez, Rubén y Renata Cortez Gómez (2022) “Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID, en la Ciudad de México” *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(11): 4155-4164.
- Navarrete, Shelma (2020) “Pedregal de Santo Domingo vive la lucha por la salud y la lucha por su economía” *Expansión* [en línea]. 20 de julio. Disponible en: <<https://politica.expansion.mx/cdmx/2020/07/20/pedregal-de-santo-domingo-vive-la-lucha-por-la-salud-y-la-lucha-por-su-economia>>
- Olivera, Guillermo y Olga Serrano (2022) “Vivienda en México, un problema de calidad, de habitabilidad, del barrio y de la ciudad. Variaciones a la medición del rezago” *Revista Estado y Políticas Públicas* (19): 143-171.
- Olivera-Martínez, Grissel y Adelaido García-Andrés (2021) “Infraestructura hospitalaria y personal médico del Sistema Público de Salud en México ante la pandemia por covid-19” *Ciencias Administrativas Teoría y Praxis*, 17(2): 85-105.
- Pleyers, Geoffrey (2021) “Movimientos sociales y ayuda mutua frente a la pandemia” *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 8(1): 9-22.
- Razavi, Shahra (2007) “The Political and Social Economy of Care in a Development Context” *United Nations Research Institute for Social Development* (3).
- Rodríguez Sánchez, Luz y Emma Flores Zamorano (2020) “De la informalidad a la consolidación de las colonias populares en la Ciudad de México: El habitar de los arreglos residenciales en el Pedregal de Santo Domingo” *Planificación, Gestión y Gobernanza* (85): 1-12.
- Samuels, Annemarie (2015) “Narratives of Uncertainty: The Affective Force of Child-Trafficking Rumors in Postdisaster Aceh, Indonesia” *American Anthropologist*, 2(117): 229-241.
- Sanz, Belén (2023) “La Política de Cuidado como pilar de una recuperación transformadora: sostenible, justa e igualitaria” en Martínez Ruiz, Diana; Montes de Oca Zavala, Verónica y Sandra Lorenzano Schiffrin (coords.) *La década COVID en México: los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades*, t. 9: Género, violencia, tareas de cuidado y respuestas sociales a la crisis. Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 95-120.
- Secretaría de Educación Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTEI) (2022) *Proyecto Habitabilidad y Salubridad en la CDMX en tiempos de pandemia COVID-19*. SECTEI/ IIS-UNAM.
- Sierra Martínez, Andrés Emiliano (2020a) “Las asambleas vecinales como sistemas de interacción emergentes y espacios de participación política en los conflictos socioambientales urbanos” *Sociológica*, 35(100): 205-237.
- Sierra Martínez, Andrés Emiliano (2020b) “Territorio, conocimiento y legitimidades en disputa en los conflictos urbanos por agua: el caso de la Asamblea General de los Pue-

blos, Barrios, Colonias y Pedregales de Coyoacán” *Quid 16: Revista del Área de Estudios Urbanos* (13): 138-161.

Thompson, Eduard Palmer (1995) *Costumbres en común*. Crítica.

Valencia Lomelí, Enrique y Máximo E. Jaramillo Molina (2023) “Brechas de acceso a la salud en México en el marco de la nueva ruralidad” *Documentos de Proyectos*. CEPAL.

Valverde Valverde, María del Carmen y María de los Ángeles Zárate López (2015) “Densificación habitacional y procesos socio-espaciales en colonias populares” *Academia XXII: Revista Semestral de Investigación*, 6(11): 81-100.

Ziccardi, Alicia (2015) *Cómo viven los mexicanos, análisis regional de las condiciones de habitabilidad de la vivienda. Encuesta nacional sobre las condiciones de habitabilidad de la vivienda*. UNAM.

Ziccardi, Alicia (2022) *Habitabilidad, entorno urbano y distanciamiento social: una investigación en ocho ciudades mexicanas durante COVID-19*. UNAM.