

SALUD PÚBLICA Y DESIGUALDAD SOCIAL EN MÉXICO

PUBLIC HEALTH AND SOCIAL INEQUALITY IN MEXICO

Oscar Armando Piñón Avilés (<https://orcid.org/0000-0003-1523-8196>)^{1,2}
Georgina Contreras Landgrave (<https://orcid.org/0000-0002-0353-5970>)^{1,2}

¹ Universidad Autónoma del Estado de México

² RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural

Comunicación con los Autores:

Oscar Armando Piñón Avilés oscar.pinonaviles@gmail.com

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego.

RESUMEN

El presente artículo permite analizar el debate en torno a la postura teórica, ética y política de la Salud Pública en México. Para ello se realizó un recorrido histórico acompañado de una revisión de artículos científicos publicados en los repositorios Redalyc y Scielo, UABS, MEDICC y UDEA. De los documentos recolectados fueron seleccionados un total de 20 artículos, 7 de ellos abordaron un enfoque teórico, 3 un enfoque ético y los 10 restantes un enfoque político. Ello permitió concluir que la desigualdad en salud ha radicado en elementos sociales y materiales que no han cambiado en la población mexicana, prácticamente durante los últimos 30 años, a lo que se ha sumado una intervención sanitaria puramente remedial y gradualmente reducida. Situación que ha acentuado las desigualdades, tanto sociales como en materia de acceso afectivo a servicios de salud, producto de la contradicción observada entre los procesos de acumulación de capital y el bienestar social. De ahí la propuesta de instaurar una política en salud basada en la justicia social y en los derechos humanos.

Palabra clave: Salud Publica, Salud Colectiva, Derechos Humanos y Política Salud

SUMMARY

Scientific production allows to analyze the theoretical, ethical and political position of Public Health. For this, a historical tour was carried out accompanied by a review of scientific articles published in the Redalyc and Scielo, UABS, MEDICC and UDEA repositories. From the documents collected, a total of 20 articles were selected, 7 of them addressed a theoretical approach, 3 an ethical approach and the remaining 10 a political approach. This allowed us to conclude that health inequality has been rooted in social and material elements that have not changed in the Mexican population, practically during the last 30 years, to which a purely remedial and gradually reduced health intervention has been added. A situation that has accentuated inequalities, both social and in terms of affective access to health services, because of the contradiction between the processes of capital accumulation and social welfare. Hence the proposal to establish a health policy based on social justice and human rights.

Key word: Public Health, Collective Health, Human Rights and Health Policy

INTRODUCCIÓN

El estudio de la salud como fenómeno social tuvo una incipiente presencia en Europa y América Latina desde el siglo XVII y XVIII, respectivamente. Mientras que para el siglo XIX, su análisis tuvo crecientes progresos, al ritmo que los efectos del desarrollo industrial eran observados en la salud de manera diferencial con relación a las brechas sociales. Así mismo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, la vigencia de las ciencias sociales se concreta en la propuesta de dos paradigmas epidemiológicos, uno inglés y otro latinoamericano (Morales, 2013). El primero es configurado por la Epidemiología Social, adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales buscan solucionar las desigualdades en salud, a partir de bases epistémicas, las cuales han tenido implicaciones políticas y éticas en el abordaje de la atención sanitaria (Breilh, 2010; Morales, 2013; Breilh 2013).

Para comprender el grado de influencia y hegemonía que ha tenido el paradigma de la salud pública es importante reconocer los círculos en los que han tenido eco cada. En su caso, la Salud pública ha sido base teórica de del posicionamiento de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), donde se han desarrollado los planteamientos y acuerdos internacionales en materia de salubridad, en consecuencia, los fundamentos de la salud pública ha sido considerados como el marco de referencia en materia de políticas sanitarias para todos los países miembros, los cuales han adoptado el paradigma que la Organización respalda y promueve para la toma de decisiones en Salud Pública (OMS, 2021).

OBJETIVO

Analizar la postura teórica, ética y política de la Salud Pública en México, y su vínculo con la desigualdad social en torno al periodo neoliberal.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de artículos científicos publicados en los repositorios Redalyc y Scielo, UABS, MEDICC y UDEA, entre el año 2000 y 2019. Los descriptores fueron: Medicina Social Latinoamericana, Salud Colectiva, Derechos humanos y política en salud. De los documentos recolectados fueron seleccionados un total de 20. Todos realizados y enfocados a la cuestión latinoamericana (Tabla1).

Tabla 1. ARTÍCULOS RECOLECTADOS						
AUTOR	AÑO	PAÍS	ENFOQUE			
			TEÓRICO	ÉTICO	PÓLITICO	
1	Granda	2000	México			X
2	González	2000	México			X
3	Brachet	2004	México			X
4	Bartra	2008	México			X
5	Alvares	2009	Colombia	X		
6	Breilh	2010	Brasil	X		
7	Breilh	2010	Argentina	X		
8	Laurell	2011	México			X
9	Contreras	2011	Colombia			X
10	Stolkiner	2011	Argentina		X	
11	Morales, Eslava	2013	Colombia		X	
12	Breilh	2013	Ecuador	X		
13	Laurell	2014	Brasil			X
14	Heredia, Laurell, Feo	2015	E.E.U. U.			X
15	Laurell	2016	Cuba			X
16	Cardona	2016	Colombia	X		
17	Penchaszadeh	2017	Argentina		X	
18	Eslava	2017	Colombia	X		
19	Casallas	2017	Colombia	X		
20	Tobar	2019	Argentina			X
Fuente: Elaboración propia			TOTAL	7	3	10
				20		

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Perspectiva teórica

De acuerdo con el paradigma de la Salud Pública, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2019). En ese sentido la comprensión de dicho planteamiento radica en el análisis de los factores de riesgo que vulneran la salud, es decir, aquellos que determinan “las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferencial (...) cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en un lugar y tiempo definido” (Morales, 2013:800). No obstante, algunas críticas, especialmente aquellas que han surgido desde el seno de la Salud Colectiva sustenta que “los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo contenidos en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social” (p.800).

Por otro lado, también se critican los alcances de la intervención de la Salud Pública pues se ha observado que solo se atienden los factores sociales de forma remedial, es decir las causas últimas de los problemas de salud, generados principalmente por las estructuras políticas y económicas, y aunque dicha situación es reconocida, la propuesta no va más allá de la instrumentación de programas para intervenir de nuevo, pero de manera focalizada y nuevamente remedial sobre en los grupos afectados por dichas estructuras (Cardona, 2016). En este sentido, de acuerdo con Álvarez, los alcances del conocimiento de la Salud Pública no se han enfocado a eliminar de manera decidida la desigualdad en salud, y no lo han logrado porque su atención no se ha dirigido a “aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de (...) los factores protectores de la salud” (p.72), es decir, se ha observado que el carácter patógeno de las

estructuras políticas y económicas que determinan la lógica de las dinámicas sociales que engendran la vulnerabilidad diferencial, en materia social y como consecuencia, también en salud, no han sido cuestionadas por la Salud Pública, pese a sus evidentes efectos (Casallas, 2017).

Con todo esto, aunque en el discurso se observó un interés compartido por reducir las desigualdades sociales y en salud tanto desde la perspectiva de la Salud pública como la desde Salud Colectiva (Morales, 2013, OMS, 2019), en su análisis, la salud pública reduce los factores sociales a un simple agregado que se suma a los aspectos biológicos para ampliar el panorama de los factores de riesgo, mientras que la Salud Colectiva les confiere la mayor preeminencia a los factores sociales (Breilh, 2013; Morales, 2013). Así mismo, la amplia concepción que tiene el modelo hegemónico de la salud ha contrastado con las limitadas estrategias de intervención, mismas que han terminado atrincheradas en un causalismo, evidentemente vinculado a la consistencia de su análisis (Eslava, 2017; Morales, 2013).

Finalmente, tanto el carácter remedial y focalizador, así como la exclusiva intervención sobre las causas últimas, consideradas por el modelo de la Salud Pública ha sido lo que ha llevado a reproducir la desigualdad en salud, al tiempo que ha reproducido la dependencia de un Estado asistencialista, mismo que no ha permitido que los sujetos superen la exposición a los factores de riesgo, o que cuenten con un mayor control sobre ellos (Álvarez, 2009:72), a fin de que cuenten con “ un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2019).

- **Perspectiva política**

La producción científica, distingue la Salud Colectiva de la Salud Pública, pues pese a la retórica, no son sinónimos. De acuerdo con Penchaszadeh (2018) el horizonte de la Salud Pública orienta las acciones de los estados en materia de prevención de enfermedades, promoción y protección de la salud poblacional, mientras que la Salud Colectiva, además de las acciones estatales, considera

fundamental la organización social en el cuidado de la salud.

Por otro lado, los alcances del desarrollo teórico y práctico de la Salud Pública ha tenido implicaciones en la implementación de política sanitarias tendientes a la mercantilización. En América Latina, el proceso de reformas a la Salud se dio a partir de procesos que condicionaron a los gobiernos por parte de los organismos internacionales como fueron, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, principalmente, que, apoyados por el modelo salubrista inglés (adoptado por la Salud Pública), devino en una redefinición de las funciones del Estado que limitaron el quehacer público en materia de salud, primero en forma de despresupuestación y después privatizando dicho sector (Contreras, 2011:13). A partir de entonces, la política sanitaria de los gobiernos adheridos a la lógica neoliberal se desarrolló en torno a una serie de contradicciones basadas en garantizar la acumulación de capital, pero conservando su legitimidad (Granda, 2000; Laurell, 2014), primero mermando el presupuesto de las instituciones públicas, y después integrando los mercados privados en salud, justificados ideológicamente por el deterioro de dichas instituciones sanitarias (Laurell, 2014:855).

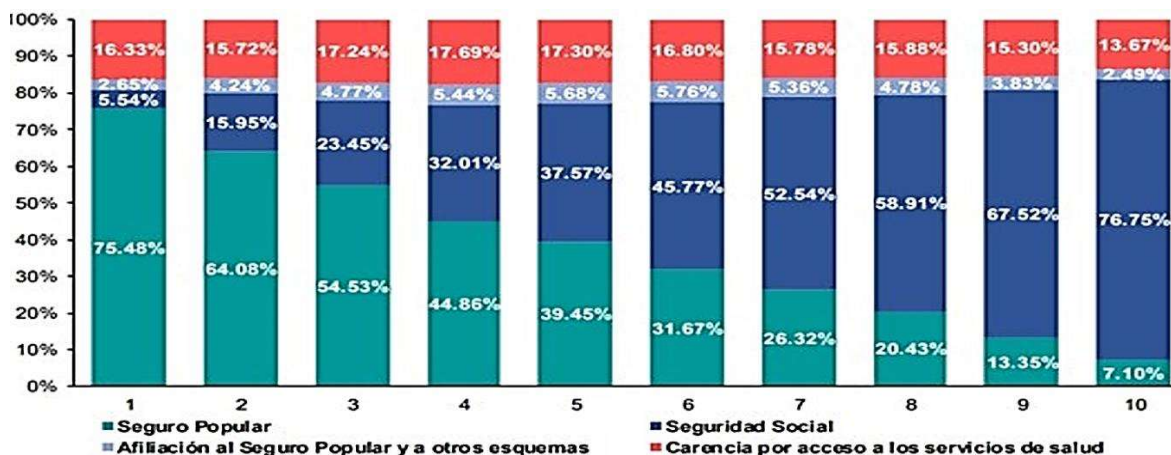
En el caso mexicano, si bien, desde 1983 la vigencia de la reforma al artículo 4° constitucional decretó el derecho de toda persona a la protección de la salud de la cual el Estado es garante (Cámara de Diputados, 1983a:1), al año siguiente (1984) la reforma a la Ley General de Salud, además de considerar la integración del sector privado “como componente del sector salud, preparó la reformulación de la relación entre lo privado y lo público, que llegaría más adelante hasta las propuestas de subrogación de los servicios públicos a los privados” (Brachet, 2004:13). Dicha situación se desarrolló de manera gradual, desde el nacimiento de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), una asociación civil integrada por empresarios mexicanos de diversos sectores económicos, vinculados con la salud a nivel nacional (FUNSALUD, 2020), hasta su expresión más concreta, la cual tuvo lugar a partir de la crisis económica de 1994 (crisis de

diciembre), misma que detonó la despresupuestación del 30% del sector sanitario, y que derivó en la instrumentación e implementación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), dirigido a la población abierta, el cual solo incluyó 12 intervenciones, las que tuvieron mayor impacto en la población. Dicho programa, consistió en un paquete básico de servicios esenciales “en respuesta a sus necesidades prioritarias” (SSA,1996:10). Así mismo, se introdujeron, esquemas que permitieron a los usuarios elegir el médico para su atención, al menos en el primer nivel (SSA, 1996:9), no obstante, dicha elección o alternativa de atención terminó descansando sobre la capacidad económica de cada usuario (Contreras, 2010:32). De hecho, antes de finalizar el sexenio, se incorporaron formalmente las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como prestadoras de servicios de salud “en sus propias instalaciones y con sus propios recursos a cambio de un pago. Con ello se inició oficialmente el universo de la medicina prepagada” (Leal, 2004). Posteriormente, dicha lógica de otorgamiento de servicios continuó bajo la configuración e implementación del programa piloto Seguro Popular (2002-2004), mismo que dio paso a al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como política nacional (2004-2020) tras una reforma a la Ley General de Salud en el año 2003. Dicha reforma también implicó la sustitución del papel estatal como otorgador de servicios médicos, por el de un simple financiador, así como la concepción de un Federalismo Cooperativo, lo cual implicó la corresponsabilidad del coste del acceso a los servicios médicos entre la federación, los estados y en beneficiario (SSA, 2003:23), dando con ello fin al decreto constitucional de 1983 que delegó al Estado mexicano la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud (Cámara de Diputados, 1983a:1).

Cabe señalar que desde el origen del SPSS y al menos hasta el año 2018, la construcción de 317 hospitales quedó inconclusa. Durante la administración de Fox 3 unidades quedaron inconclusas, mientras que durante la administración de Calderón fueron 118 las obras las que quedaron en obra negra, y durante el peñismo 196 construcciones quedaron incompletas (Patiño, 2021).

Con todo esto, las estrategias políticas dieron apertura a los mercados en salud al ritmo que se fueron mermando las fuentes de seguridad social y el acceso público a los servicios de salud, a través de la creación de los modelos de Cobertura Universal bajo un discurso retórico, que en la práctica se redujo a limitados paquetes de atención y orillaron a la sociedad a demandar servicios privados (Brachet, 2004; Laurell, 2011; Laurell, 2014; Heredia 2015), A decir de Contreras (2011), una vez adoptada la lógica neoliberal “el Estado solamente interviene con el objeto de garantizar un mínimo de acciones para aliviar los efectos que reproduce el modelo económico”(p.17), perspectiva que se fue perfilando desde la implementación tanto del PAC (12 intervenciones), así como desde la implementación del Seguro Popular (78 intervenciones) y el SPSS (294 intervenciones hasta 2018), pues aunque fue creciendo paulatinamente el número de intervenciones en los paquetes, estas apenas representaron hasta el año 2018 solo el 20% de las intervenciones que se otorgaron a los derechohabientes de las instituciones de seguridad social (Coneval, 2020:16), situación que precisamente vulneró a los deciles socioeconómicos más pobres, pues fue la población objetivo, como se puede ver en la gráfica 1.

**Gráfica 1. Afiliación a servicios de salud en México en 2018
(por decil económico)**

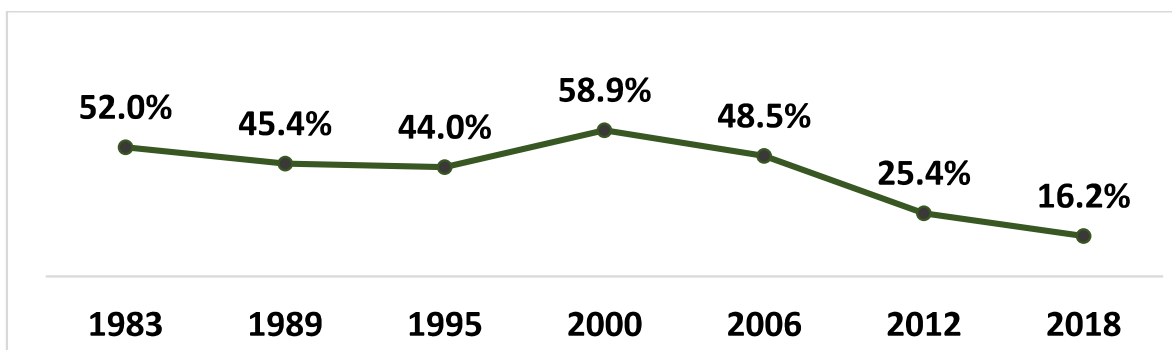


Fuente: (CONEVAL, 2020:16).

A dicho panorama, se le sumó el objetivo fallido que buscó la cobertura universal que el proyecto del SPSS tuvo a lo largo de su vigencia, no solo en materia de acceso efectivo (intervenciones, medicamentos, etc.), sino también en materia de afiliación, pues, aunque la parte medular de la política sanitaria del SPSS fue la cobertura universal, al menos hasta el año 2018 el 16% de la población mexicana se encontró desprovista de afiliación a alguna institución de salud. Así mismo, en materia de intervenciones los

discursos se ampararon a la reducida concepción de los llamados parámetros de suficiencia promovidos por las definiciones de "cobertura sanitaria universal" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la OMS, es decir los mínimos aceptables, degradando así el derecho a la salud que constitucionalmente se les otorgó a los ciudadanos mexicanos desde 1983 (OPS, 2014).

Gráfica 2. Población no afiliada a servicios sanitarios



Fuente: Elaboración propia (SSA, 1984:10; SSA, 1995:9; SSA, 2001:45; SSA, 2003a:68; SSA, 2006:39; SSA, 2012:34; SSA, 2020:51)

*Para los años 1989 y 1995 se consideró a la población sin acceso a servicios de salud por vínculo laboral

Por último, a la falta de afiliación, al reducido catálogo de intervenciones para los afiliados SPSS y al déficit de hospitales, se les sumó un gradual crecimiento de la medicina privada. Ya desde 1983 la atención médica privada atendió al 5% de la población total (SSA, 1984:10), mientras que para 1989, el 4.3% de la población fue atendida de manera

permanente por los servicios privados, así como un 6% que no tuvo accesos permanentes a servicios de salud. De hecho, los hospitales privados, representaron aproximadamente el 20% de las instituciones hospitalarias y el 25% del total de camas del país (SSA, 1991:10). Mientras que el sector industrial farmacéutico, se caracterizó por

producir medicamentos diseñados para países ricos, por consecuencia inaccesibles para los segmentos de la población más pobre (p.13). De hecho, desde 1982 y como efecto de las carencias económicas y carencia por afiliación a servicios de salud, se registró que 4.6% de las familias de bajos recursos sufrieron gastos catastróficos, es decir que los gastos en salud pusieron en riesgo la satisfacción de las necesidades básicas de esa proporción de las familias mexicanas (SSA, 1996). Así mismo, de acuerdo con el diagnóstico del Programa (1996), los servicios médicos privados en torno al periodo salinista dispusieron aproximadamente del 30% de las camas censables, además de emplear al 34% de los médicos a nivel nacional. En este

sentido, para la población de más bajos recursos y desprovista del acceso a salud en las instituciones públicas, la medicina privada fue la única opción pues, estas fueron las que brindaron hasta el 41% del total de contactos médicos (SSA, 1996:50).

Cabe señalar que, para finales del sexenio de Zedillo se incorporaron formalmente las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como prestadoras de servicios de salud “en sus propias instalaciones y con sus propios recursos a cambio de un pago. Con ello se inicia oficialmente el universo de la medicina prepagada (Leal, 2004).

Tabla 2. Recursos de las instituciones sanitarias, 1999

Recursos	Instituciones			
	Públicas para no asegurados	Seguridad social	Privada	Total
Hospitales	509	478	447 ^a	1,434
Camas de hospital	35,616	41,698	16,094 ^a	93,408
Clinicas y centros de salud	13,912	3,436	2,355 ^b	19,703
Médicos contratados ^c	59,200	75,959	27,501 ^d	162,660
Enfermeras contratadas	80,154	104,110	29,365	213,629

Fuente: (SSA, 2001).

Para el año 2003 con las modificaciones al artículo 77 bis11 de la Ley General de Salud (2003) determinaron que el coste de los servicios de salud no solo sería absorbido por la federación y los estados, sino también por el beneficiario bajo una la concepción de un

Federalismo Cooperativo. En ese sentido el gasto absorbido por el usuario se realizaría con base a un estudio socioeconómico, pero también con base a la institución donde eligiera ser atendido (p.23).

Tabla3. Recursos humanos por sectores sanitarios en México, 2005

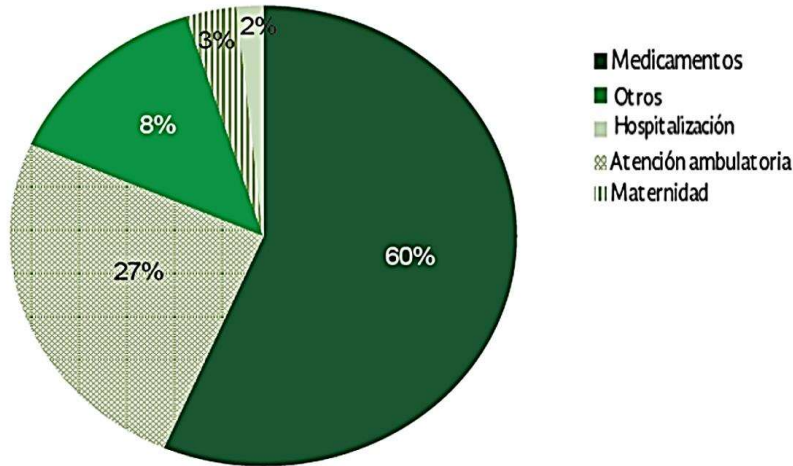
Personal	Sector Público		Sector Privado	Total
	Seguridad Social	Otros		
Médicos contratados	74,968	67,485	55,173	197,626
Enfermeras contratadas	109,234	87,441	37,697	234,372

Fuente: (SSA, 2007:54).

Posteriormente, en 2012, el déficit de médicos fue del 50% y de enfermeras del 66.6% aproximadamente, por cada 1000 habitantes (SSA, 2013:34). Además de un déficit del 35.6% en surtimiento de recetas en el sector

público (p.36), lo cual coincidió con la magnitud del gasto de bolsillo en salud destinado a la compra de medicamentos (Gráfica 3).

Gráfica 3. Gasto de bolsillo por rubro de gasto en salud en México (2012)

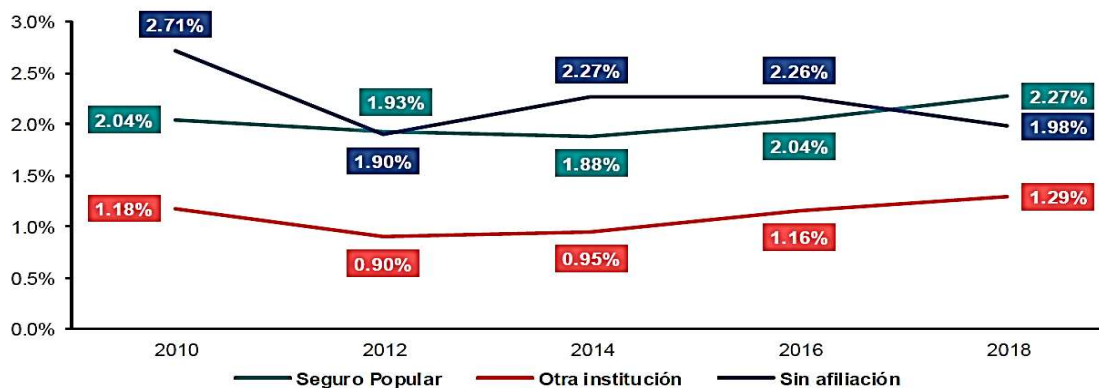


Fuente: (SSA, 2013:37).

En materia de medicina privada y gasto de bolsillo en salud, 10,000 farmacias ofrecieron consultas médicas en 2012, el equivalente al 43% de las farmacias. De hecho, entre 2010 y 2012, las farmacias con consultorios crecieron 130%, mismas que atendieron al 7% de la población mexicana mensualmente (SSA, 2013:37). Incluso el gasto de bolsillo registrado en 2012 mantuvo niveles cercanos al 50% (p. 31).

Poe su parte, los afiliados al SPSS fueron quienes padecieron gastos catastróficos en un 1.90% en 2012, proporción que creció al 2.27% para 2018 (p.19). Mientras que del 100% del gasto de bolsillo no catastrófico en 2018, destinado a la salud, por parte de los grupos afiliados al SPSS, se distribuyó en atención primaria y ambulatoria un 62.27%, para medicamentos sin receta 33.57%, y atención hospitalaria 4.16% (CONEVAL, 2020:20).

Gráfica 4. Incidencia de gasto catastrófico según afiliación, 2010-2018



Fuente: (CONEVAL, 2020:19).

En este contexto Laurell (2016) señaló que el impacto social de los ajustes realizados al margen del proyecto neoliberal ha sido

inviabile en Latinoamérica como respuesta para el progreso no solo sanitario, sino social, económico y político, ya que, por su

naturaleza de mercado, tiende a incrementar cualquier desequilibrio que se intente corregir, especialmente la seguridad social, los derechos humanos, estilos de vida, y cualquier fuente de bienestar asociado a la salud. De acuerdo con ello, Tobar (2019) agrega que la gradual desaparición de la salud en la agenda de las políticas públicas se ha debido a la hegemonía de la concepción biomédica sobre la salud, a la denominada Nueva Gestión Pública tendiente a la mercantilización de los servicios de salud y a la concepción tecnocrática que ha legislado las políticas sanitarias. He ahí la importancia de reinsertar la salud en el centro de los procesos políticos, a fin de reivindicar el derecho a la salud de manera equitativa y en igualdad de condiciones, además de reafirma una ciudadanía y la vigencia de las garantías individuales inscritas en la Constitución Mexicana (González, 2000).

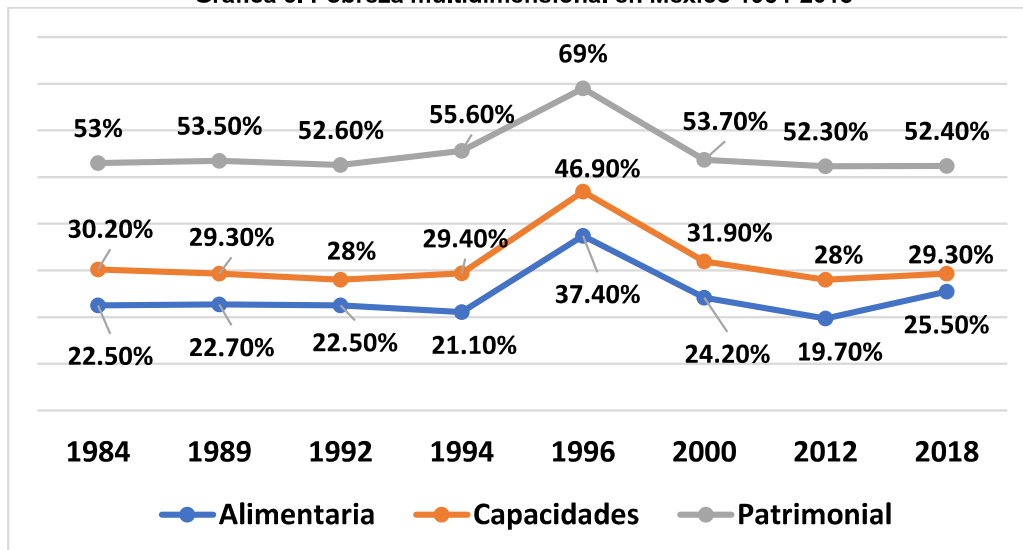
- Perspectiva ética

De acuerdo con Morales (2013), el modelo hegemónico, ha concedido la vulnerabilidad diferencial de la salud a partir de la exposición del individuo a factores de riesgo, incluso, considerando que de ello deviene las condiciones de vida. No obstante, al momento de abordar el tema de igualdad, dicha concepción no se da sino bajo el entendido de que el individuo decide en libertad sobre su

salud y su enfermedad, es decir, sin observar la existencia de condiciones sociales y materiales para el autocuidado, por consecuencia se le responsabiliza de sus afecciones, mismas que son atendidas por servicios de atención médica, pero no más allá de un marco asistencial, es decir, puramente remedial, situación que impide una intervención eficaz y efectiva.

En el caso mexicano dicha situación tiene lugar y es explicado a partir de la descripción de las líneas de pobreza multidimensional, que derivan en la exposición a riesgos sanitarios en forma de pobreza alimentaria (incapacidad para costear la canasta básica); pobreza de capacidades (para costear canasta básica, educación y salud) y pobreza patrimonial (para costear canasta básica, educación, salud, servicios básicos de vivienda, vestido y transporte) (Gráfica 5). Sin embargo, los elementos contenidos en las líneas de pobreza multidimensional ilustran la gran proporción de población con dichas carencias en México, y las razones que condicionan las decisiones, y aun mas las razones que imposibilitan cualquier posibilidad de emancipación del arraigo cultural o material impuesto por las condiciones sociales y económicas.

Gráfica 5. Pobreza multidimensional en México 1984-2018



Fuente: Székely, 2005:294; Coneval, 2018.

Con base al panorama de precariedad mexicana, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, abreviada internacionalmente como UNESCO (2019), en la educación no solo se cimienta la salud, sino también el bienestar, ya sea a partir de conocimientos para desarrollar prácticas de autocuidado, así como para el cuidado de los otros, como es el caso del vínculo entre la escolaridad de los padres y la mortalidad infantil. Del mismo modo, a través de la escolaridad se adquieren habilidades, destrezas, entrenamiento y además certificación de los saberes. En este sentido, la educación otorga dichas cualidades para competir en el ámbito laboral y salarial. No obstante, “la pronunciada desigualdad en los niveles de escolaridad y el creciente rendimiento de la educación son factores que contribuyen a que las diferencias de nivel de instrucción sean la principal causa de la desigualdad salarial en América Latina” (Cardozo, 2005:1).

Por otro lado, las condiciones generales de vivienda, incluyendo los servicios básicos, representan una de las principales formas de determinación social de la salud (OPS, 2016:9). Así mismo, agrega que una vivienda saludable debe carecer o mantener factores de riesgo controlados, además de poseer condiciones fundamentales, como ubicación segura, estructura adecuada, espacios eficientes y servicios básicos y de buena calidad, así como muebles, utensilios domésticos, y bienes de consumo seguros y eficientes. En suma, una vivienda adecuada consiste en la durabilidad de su estructura, iluminación, calefacción y ventilación suficiente, incluyendo los servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, principalmente (p.14).

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la cobertura en salud como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento” (OMS, 2017). También considera que el efecto negativo que engendra la carencia de acceso

universal a servicios de salud, en mayor medida se concentra en las personas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad. Esta situación, además de acentuar la exclusión e inequidad social amplía las brechas en materia de mortalidad y morbilidad materna e infantil entre las poblaciones más pobres y las más ricas (OMS, 2017).

Todo esto invita a comprender los elementos principales que permite decidir con autonomía, sobre el cuidado de la salud. En ese sentido un análisis de Stolkiner (2010) exhibe y analiza ciertos debates en que se considera “prescindible el concepto de dignidad humana y lo subsume a la autonomía de los individuos” (p.91), lo cual a su vez apertura la viabilidad de la mercantilización de la vida humana. No obstante, ante ello la autora señala que “toda objetivación, es la anulación del sujeto de derecho (...) por eso, lo antagónico de la objetivación es la vigencia efectiva de los derechos” (p.91), y en ello reitera la importancia del ejercicio de una auténtica autonomía, si, y solo si es en condiciones de dignidad. Al respecto un análisis de Penchaszadeh (2018) subraya que la salud Pública se ha ocupado de manera preeminente en los casos que afectan la autonomía, incluso únicamente la autonomía personal, sin atender las condiciones de dignidad en las que se ejerce dicha autonomía. De hecho, considera “que el mayor dilema bioético de nuestro tiempo concierne a las desigualdades obscenas entre exceso de atención para unos pocos y falta de atención para muchos” (p.7). Con base a ello, insta atender la salud desde una propuesta bioética enfocada en “trascender el cuidado del paciente individual y abordar los problemas de justicia en salud nutridos de la moralidad y la legalidad de los derechos humanos” (p.12), que en el caso mexicano, incluso son considerados como garantías individuales: el artículo 3° establece el derecho a la educación y el 4° el derecho a la vivienda y a la salud, mientras que el artículo 123° determina el derecho al trabajo y a la seguridad social (Diario Oficial de la Federación, 2020), todos ellos, elementos que al ser garantizados por el Estado, posibilitarían una real emancipación que permitiera decisiones con autonomía y en condiciones de dignidad.

CONCLUSIONES

De la misma manera que el conocimiento tiene implicaciones políticas, también tiene implicaciones éticas. Al respecto, el modelo de la Salud Pública ha desarrollado políticas a partir de un análisis que han llevado a generar y reproducir un orden basado en una desigualdad doblemente injusta, pues con base a los resultados ha tenido importantes implicaciones en política sanitaria, ya que las medidas implementadas para atender la desigualdad social y en salud solo tienen un carácter remedial, el cual no es suficiente para que el individuo pueda superar la vulnerabilidad, además de contribuir a la reproducción social de dicha condición sociales de vida y en salud, mientras que por otro lado ha responsabilizado al sujeto de las vulnerabilidades que la misma estructura le propicia. He allí la relevancia de las críticas, especialmente desde la perspectiva de la Salud Colectiva, que busca en la ciencia comprender el fenómeno, pero desde su génesis, y en la política un medio para emancipar a la sociedad, no solo de los procesos que condicionan los modos de vida, sino también la autonomía y la dignidad de la vida misma.

Lo que se propone es romper una lógica de pensamiento en materia de salud, partir desde una realidad latinoamericana y enfocada en la justicia social y en un horizonte político sujeto a los derechos humanos y a las garantías individuales. De ahí que, aun siendo ambicioso en un contexto neoliberal, no hay forma de no aspirar a la emancipación teórica, ética y política desde el terreno sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272009000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Bartra, A. (2008). Fin de fiesta: El fantasma del hambre recorre el mundo. *Nueva Época*, 21(57), 15-31.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-57952008000200002&lng=es&nrm=iso

Brachet, V. (2004). La pobreza en México y en el mundo; realidades y desafíos. *El Estado benefactor mexicano: nacimiento, auge y declive (1822-2000)*. Siglo Veintiuno, 1-108. <https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/historico-social/historia-universal-2/HUMCII/referencias4.htm>

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6(1), 83-101. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Breilh, J. (2010^a). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 87 - 125.

<http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3412>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Cámara de Diputados. (1983a). Reformas por Artículo. Artículo 4º. 3a Reforma. *Diario Oficial de la Federación*, 1-2. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm

Cardozo, D. (2005). Efectos de la educación en los ingresos. *Población y desarrollo*, 29, 60-75.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5654300>

Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

Cardona, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como

confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Archivos de Medicina, 16(1), 183-191. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273846452019/html/index.html>

Consejo Nacional de evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). Medición de la pobreza. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). Resultados y Diagnostico de cierre SPSS. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 1-93.

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Analisis_SPSS_2020.pdf#search=salud%202020

Contreras, G., Tetelboin, C. (2011). El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. Gerencia y Política de Salud, 10 (21), 10-32. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a02.pdf>

Contreras, G. (2010). EL Seguro Popular de Salud en el marco de las reformas a las políticas de salud en México en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma Metropolitana, 1-273. <https://biblioteca.xoc.uam.mx/repositorios.html>

Diario Oficial de la Federación, (DOF). (2020). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. Cámara de Diputados. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_080520.pdf

Eslava, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. Revista de Salud Pública, 19(3), 396-403. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300396

Fundación Nacional de Salud (FUNSALUD). (2019). FUNSALUD. ¿Quiénes somos? Fundación Nacional de Salud. <https://funsalud.org.mx/funsalud/>

González, N. (2000). Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México. Argumentos, 21(57), 15-31. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-57952008000200002&lng=es&nrm=iso

Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. Facultad Nacional de Salud Pública, 18(2), 87-100. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/994/866>

Heredia, N., Noronha, J., Laurell, A. C., González, R., Torres, M., Feo, O. (2015). El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? MEDICC, 17(1), 16-18.

http://www.medicc.org/mediccreview/articles/mr_442_es.pdf

Laurell, A. C. (2011). Los seguros de salud mexicanos: Cobertura universal incierta. Saúde Coletiva, 16(6), 2795-2806.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/r aw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/18.pdf

Laurell, A. C. (2014). Contradicciones en salud: Sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. Saúde em Debate, 38(103), 853-871.

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0853.pdf>

Laurell, A. C. (2016). Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina. Revista Cubana Salud Pública. 42(3), 489-502. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n3/spu17316.pdf>

Leal, G. (2004). Discutiendo las instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Universidad Autónoma Metropolitana, 1-115. <https://www.worldcat.org/title/discutiendo-las-instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud-ises/oclc/60717868>

Morales, C., Borde, E., Eslava, J. C. y Concha, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. Revista de Salud Pública, 15(6), 810-813.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642013000600001&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2019). Educación para la salud y el bienestar. <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017a). Salud en la Américas. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad. <https://www.paho.org/salud-en-las->

americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=pt

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Constitución. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Países. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/countries>

Organización Panamericana para la Salud (OPS). (2014). El primer día de la cobertura universal de salud urge a la “salud para todos, en todas partes”, 12 de diciembre. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10278:2014-first-ever-universal-health-coverage-day-urges-health-for-all-everywhere&Itemid=1926&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). Vivienda Saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las Autoridades Nacionales y Locales, 7-52. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=629-vivienda-saludable-retos-del-milenio-en-los-asentamientos-precarios-de-america-latina-y-el-caribe-guia-para-autoridades-nacionales-y-locales&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493

Patiño, L. (2021). Fox, Calderón y Peña dejaron 317 unidades médicas inconclusas. <https://contralinea.com.mx/fox-calderon-y-pena-dejaron-317-unidades-medicas-inconclusas/>

Penchaszadeh, V. (2017). Bioética y Salud Pública. Revista Iberoamericana de Bioética, 7, 1-15. <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/8304/8356>

Secretaría de Salud (SSA). (1984). Programa Nacional de Salud (PNS) 1984–1988. Diario Oficial de la Federación, 1-33. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984

Secretaría de Salud (SSA). (1991). Programa Nacional de Salud (PNS) 1991–1994. Diario Oficial de la Federación, 1-26. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991

Secretaría de Salud (SSA). (1996). Programa Nacional de Salud (PNS) 1996–2000. Diario Oficial de la Federación, 1-43. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996

Secretaría de Salud (SSA). (2001). Programa Nacional de Salud (PNS) 2001–2006. Diario Oficial de la Federación, 15-205. http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf

Secretaría de Salud (SSA). (2003). Ley General de Salud (LGS). Diario Oficial de la Federación, 1-143. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Secretaría de Salud (SSA). (2003a). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública, 1-292. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo1.pdf

Secretaría de Salud (SSA). (2006). Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública, 1-132. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/informes.php>

Secretaría de Salud (SSA). (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública, 1-192. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>

Secretaría de Salud (SSA). (2013). Programa Nacional de Salud (PNS) 2013–2018. Diario Oficial de la Federación, 2-141. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Prosesa-2013-2018.pdf>

Secretaría de Salud (SSA). (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública, 1-265. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Stolkiner, A. (2011). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5, 89-95. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v6n25/v6n25a10.pdf>

Tobar, F., & Molina, C. (2018). ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 12(12), 65-73. <http://www.redalyc.org/jatsRepo/5535/553557482007/index.html>

Székely, M. (2005). Pobreza y desigualdad en México entre 1950 y 2004. *El Trimestre Económico*, 283(4), 913-931. <https://doi.org/10.20430/ete.v72i288.566>