

La dimensión social de la salud: ¿Determinantes sociales o salud colectiva?

Dra. Victoria Ixshel Delgado Campos

Subcoordinadora en la Dirección de Oficinas de Representación del ISSSTE

Diplomado Salud, Seguridad Social y Derechos Sociales para un Estado de Bienestar

Ciudad de México a 23 de julio de 2025

Ejes temáticos

1. Punto de partida del momento histórico.
2. Fundamentos teóricos de dos proyectos de salud en disputa.
3. La salud desde dos enfoques.
4. Sistema de salud en México.
5. Retos en materia de políticas en salud.
6. Reflexiones finales.

1. Punto de partida del momento histórico

- Momento de inflexión histórico caracterizado por una aceleración desproporcionada (intencionada) de los procesos históricos y estructurales.
- Contradicción civilizatoria que atenta contra la vida.
- Reordenamiento geopolítico acelerado que revela las contradicciones internas del **neoliberalismo** y la crisis de la hegemonía de EU.
- **Neoliberalismo**: fase del desarrollo del capitalismo que impone una forma de comprender el mundo y organizar la sociedad basada en el mercado (Oscar Feo, 2009).



Categoría sociopolítica y no solo una crítica a la forma de administración.

- El capital: organizador de la vida en sociedad.
- La lógica de acumulación del capital, que invoca permanentemente al **derecho individual** y a la **propiedad privada** para justificar el progreso (Breilh, 2023).
- ¿Dónde nos situamos?:
 1. Historia profunda: de los procesos sociales estructurales.
 2. Historia coyuntural: enfrentamiento cotidiano de la realidad (decisiones políticas, económicas, sociales).

Los procesos dominantes en salud y seguridad social en el **neoliberalismo**:

- **Mercantilización:**
 - Las necesidades humanas se subordinan al mercado y los satisfactores se consideran mercancías.
 - Se promueve la resolución de necesidades básicas en salud a través del mercado, dejando al Estado para resolver “las fallas del mercado” y atender a las grandes mayorías cada vez con menos recursos.
 - Se introduce la lógica de la gerencia empresarial a los servicios públicos.
- **Privatización:**
 - Se privatiza lo público rentable (fondos de pensiones, etc).
 - Se usan fondos públicos para fortalecer empresas privadas.
 - Desmantelamiento de las instituciones públicas.
 - Aumento exponencial y desmedido de la subrogación de servicios.

La salud es social y es política

- “La medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina a gran escala.”
- Rudolf Virchow, médico, patólogo y político alemán (1821-1902).



- “...La salud del pueblo es motivo de preocupación social, que la condiciones sociales y económicas tienen relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica”.
- Rosen George (1985). De la policía médica a la medicina social.
- “La medicina es una acción social y no existen acciones sociales que puedan ser apolíticas”.
- Fergusson (1983).

2. Fundamentos históricos

- Surge una corriente del pensamiento crítico en salud a partir de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX.
- Las especificidades socio-históricas en AL, posibilitan el surgimiento del pensamiento social en salud:
 - En los años setentas del siglo XX a partir de una crítica al modelo desarrollista.
 - Coloca en el centro la historicidad de los procesos humanos.
 - Enfatiza la subsunción de lo biológico-individual a lo social-colectivo.
 - Plantea que la salud, la enfermedad y las condiciones de vida están relacionadas de forma dialéctica.
 - Base social: materialismo histórico, perspectiva gramsciana.
- Ruptura con el paradigma dominante de la biomedicina y de la salud pública.

2. Fundamentos: determinación social de la salud

- La forma de organización social para la producción, el consumo y la lógica distributiva del Estado es determinante en la **configuración de los perfiles** de salud, enfermedad y muerte.
- En las formaciones capitalistas estos procesos expresan la **contradicción histórica** entre propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que **devienen** en:
 - Relaciones económicas de explotación y exclusión.
 - Relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas.
- Las **desigualdades sociales** sintetizan las contradicciones económico-políticas e ideológicas que se expresan en ejes de dominación, explotación, subordinación y exclusión.

El **Estado** entendido como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (Belmartino, 1992).

2. Fundamentos: dimensiones de estudio

- Las relaciones de clase y la calidad de vida.
- Las desigualdades de etnia/origen.
- Las desigualdades de género.
- Las estrategias familiares y redes de apoyo.
- Las formas de vida cotidianas.
- El papel mediador del territorio.
- Los procesos de autoconstitución de los sujetos.
- **El derecho a la salud.**

2. Modelo de determinantes sociales de la salud

- Surge como alternativa explicativa de la salud-enfermedad ante el modelo biomédico.
- Presunción de la salud como asunto social.
- Le da un peso importante a los procesos sociales por encima de los procesos biológicos para la comprensión de los perfiles de salud-enfermedad.
- Explicita dos dimensiones de la salud:
 - Biológica-individual
 - Social-colectiva

2. Modelo de determinantes sociales de la salud: limitaciones

- En 2008, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud emite un informe oficial para darle peso y cauce.
- Aunque se reconoce a la salud como un asunto social, los planteamientos tuvieron varias **limitaciones**:
 1. Está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad y la definición de determinantes es ambigua.
 2. Limita el problema de las desigualdades a un problema distributivo.
 3. Su crítica al orden social se limita a señalar que la mala distribución es tolerada por prácticas sociales.
 4. No problematiza que la reducción de desigualdades sociales y en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones capitalistas particulares.

2. Modelo de determinantes sociales de la salud: limitaciones

5. Los determinantes sociales al ser convertidos en factores, **pierden su historicidad**, quedan despolitizados, invisibilizan las relaciones de fuerza y de poder en las sociedades y facilitan su interpretación para ser entendidos como **factores de riesgo, elecciones individuales incorrectas, o un simple cambio de estilo de vida**.
6. Expresa una visión limitada del momento de desarrollo de las sociedades.
7. Oculta un análisis o reflexión sobre la fase actual de reconfiguración geopolítica del mundo.
8. Notorios "silencios" sobre los problemas que provocan destrucción y muerte masiva de las poblaciones.
9. Ausencia de un posicionamiento crítico respecto de la participación del sector privado en los asuntos públicos (farmacéuticas, industria).
10. **Culpabiliza a las personas de su proceso de salud-enfermedad.**

2. Dos proyectos de salud en disputa, dos formas de entender la realidad: el paradigma

Funcional

- Diferencias inevitables que justifican la apropiación y disfrute distinto de los recursos.
- Explicadas y justificadas por las capacidades individuales y los méritos.
- Resultado del sistema de valores y de los roles o posiciones sociales.
- Diferencias que deben ser "reducidas" (pisos mínimos).

Crítico

- Diferencias injustas, inaceptables, desigualdades evitables.
- Producto de la organización social capitalista/ producción colectiva, apropiación privada, distribución inequitativa.
- Transformación de las causas que originan las desigualdades.
- Justicia distributiva y garantía de derechos sociales.

2. Dos proyectos de salud en disputa, dos formas de entender la realidad: el referente teórico

Derechos fundamentales

- **Problemas sociales** derivados del incumplimiento de los derechos.
- El **Estado** interviene como sujeto obligado.
- Se **reconocen y garantizan** derechos.
- **Criterio:** equidad, gratuidad, universalidad, transversalidad, etc.
- **Base teórica:** enfoque de derechos fundamentales.

Neoclásico: fallas del mercado

- **Problemas sociales** resultado de la ineficiente asignación de recursos.
- El **Estado** interviene para corregir fallas del mercado.
- Las personas pueden acceder a servicios y bienes por su capacidad de pago.
- **Criterio:** eficiencia económica.
- **Base teórica:** economía neoclásica.

2. Dos proyectos de salud en disputa, dos formas de entender la realidad: las políticas en salud

Derecho a la salud

- Transversalidad e integralidad de la salud.
- Salud: metacapacidad humana.
- Garantía y ampliación de derechos interconectados.
- Solidaridad y colectivización del riesgo.
- Sistema único de salud (SUS, Brasil)
- Sistema único intercultural, comunitario de salud (Bolivia)
- Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, (CDMX).

Neoliberal

- Fragmentación.
- Paquetes básicos de intervenciones.
- Igualdad de oportunidades.
- Selectivización y focalización.
- Individualización de costos.
- “Universalización” por la vía del mercado.
- Invertir en salud (BM, 1993).
- Sistema de salud chileno.
- Informes del BM, OMS.
- Seguro Popular, (México)

3. La salud desde dos enfoques

- En el **modelo biomédico**, la enfermedad tiene sus límites en el cuerpo –o en partes del cuerpo- y corresponde a la medicina su atención.
- En el **modelo de DSS**, la enfermedad es resultado del conjunto de condiciones de vida de los grupos y corresponde a las sociedades su atención.

Determinantes biológicos



Sexo, edad, carga genética.

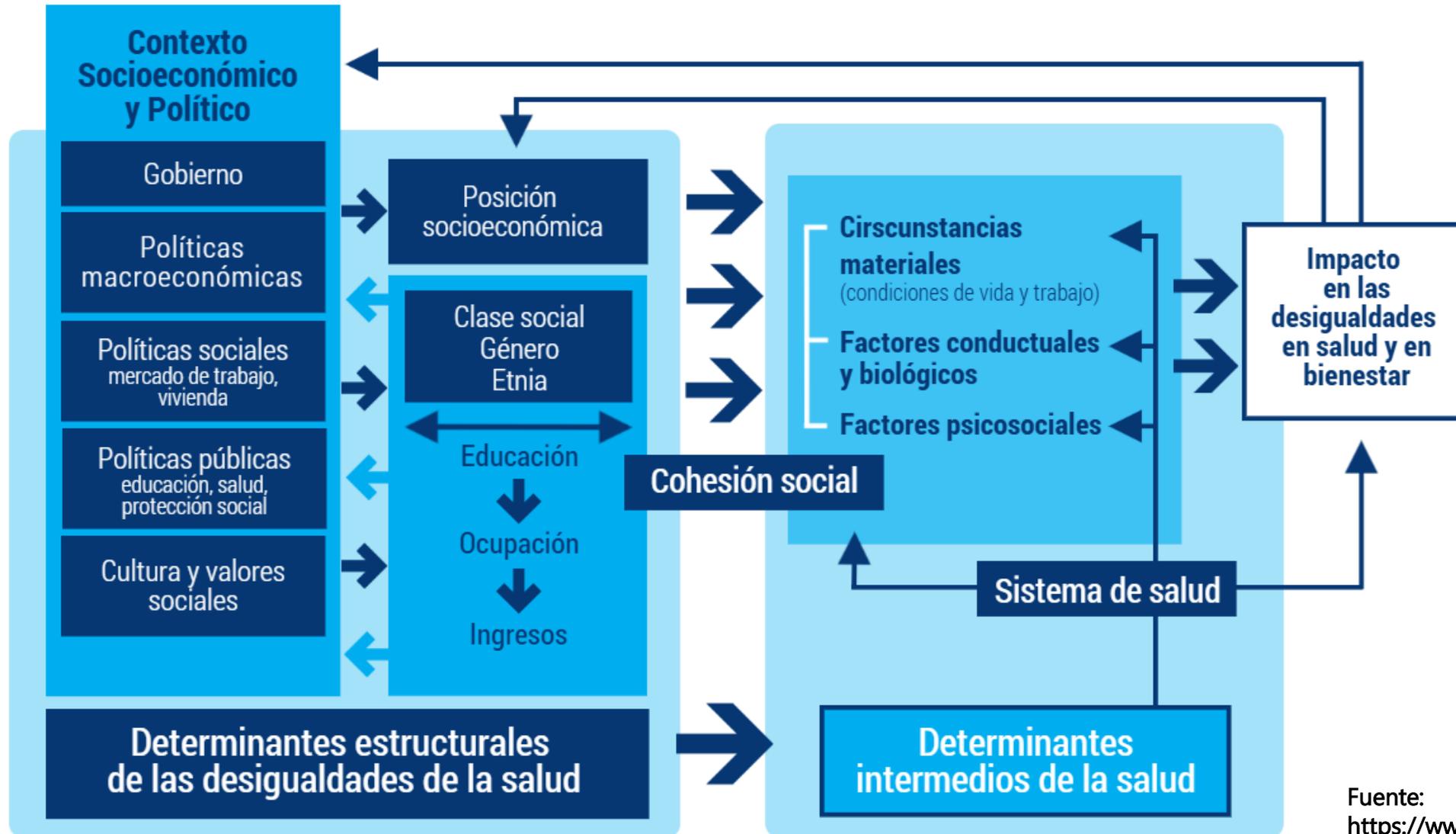
Determinantes sociales



Clase social, nivel educativo, género, etnia

Grado de democracia, equidad, libertad política, tipo de gobierno, grado de participación social, avances en materia de DH, dimensión sociocultural.

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente:
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

CULTURA

- Formas de vivir y conservar la salud
- Significados sobre la enfermedad y la muerte
- Dimensión simbólica de la salud



- Concepto de salud y enfermedad
- Modelos explicativos o paradigmas



Determinantes culturales



DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Determinantes políticos



- Estructura de las Políticas públicas de salud: dimensiones política y técnica



MODELO DE DESARROLLO POLÍTICO

- Grado de participación democrática
- Acceso a los grandes de derechos
- Acciones para reducir desigualdades y pobreza

MODELO DE DESARROLLO ECONÓMICO

- Equidad en acceso a la riqueza producida socialmente
- Equidad de acceso al trabajo
- Equidad de acceso al mercado



- Relación entre la salud y el mercado
- Formas de pago para la atención



Determinantes económicos



Fuente: López-Moreno, López-Arellano y Delgado-Campos. (2013) Capítulo 12. Determinantes Sociales de la Salud. En: Hernández y Lazcano, (coords). Salud Pública. Teoría y Práctica. El Manual Moderno. México.

4. Sistema de Salud en México: contexto

Político

- **Democracia participativa** en aumento.
- Momento de **cambio** en 2018.
- Perspectiva centrada en los **derechos**: salud, educación, vivienda, trabajo, etc.
- Organización **centralizada**.
- Coordinación horizontal más hacia **Gobernanza**.

Institucional

- Enfoque **universal** de la política social y de salud.
- **Sistema de salud** históricamente fragmentado y segmentado:
 - Seguridad social laboral
 - Sin seguridad social laboral
 - Privados

- En **lenguaje de política pública**: a cada forma de organización social, corresponde una visión sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.
- La **salud como objeto de intervención** en las políticas públicas, se corresponde con el momento histórico del Estado.
- Es decir que, en cada momento de **definición del Estado**, se ha construido una forma de **pensar la salud como problema público**.
- Una de las formas en que el Estado define la salud se plasma en los **Planes Nacionales de Desarrollo**.

Proceso de transformación

Diagnóstico sectorial:

Fragmentación del sistema de salud, desfinanciamiento, infraestructura debilitada, equipamiento obsoleto plantillas incompletas. Gobernabilidad corporativa y de grupos de interés

Proceso de transformación:

Ético-político: enfoque basado en APS, derecho a la salud y los determinantes sociales. **Recuperación de la ética pública**

Administrativo-financiero: reorganización del personal, proyección para equipamiento e infraestructura.

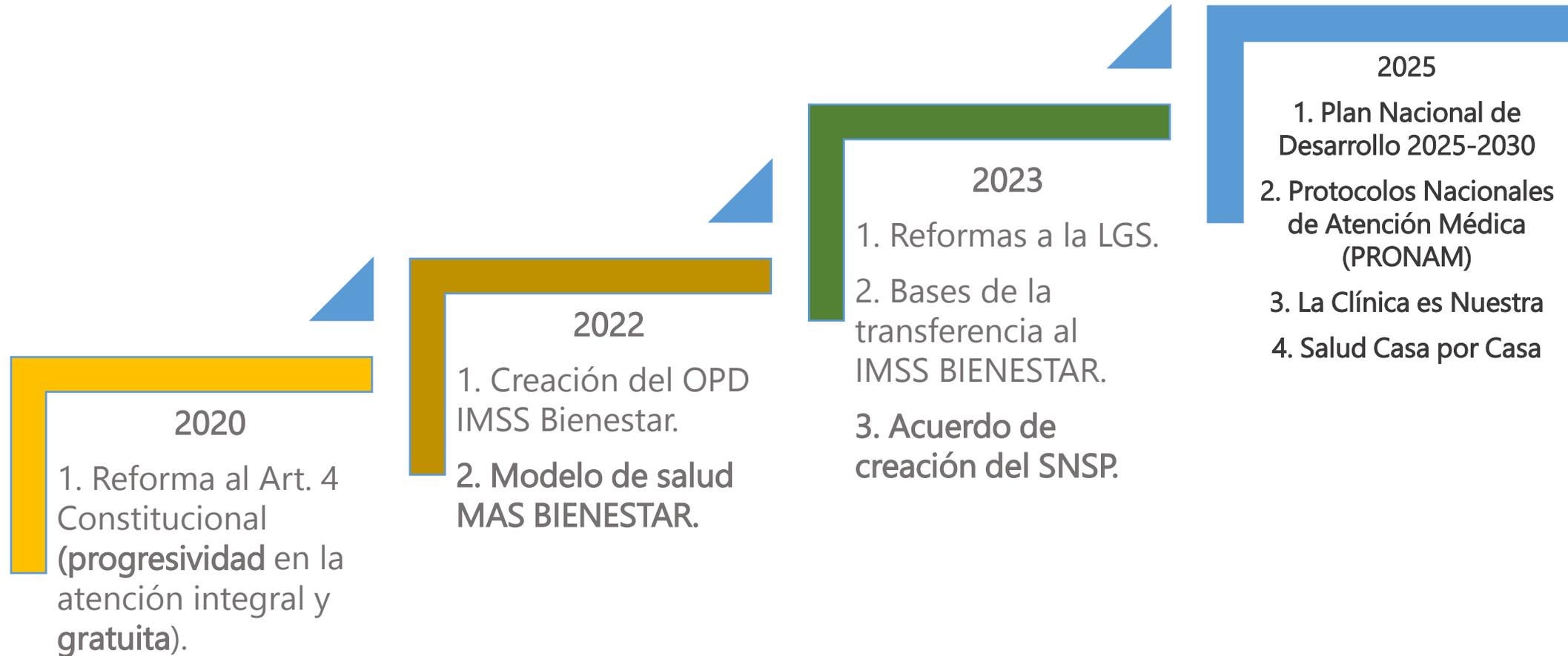
Diseño e implementación: progresivo, capacidad instalada.

Coyuntura:

Pandemia por **COVID-19**, reorganizar funciones, equipos y unidades orientadas a combatir la pandemia y simultáneamente mantener servicios esenciales.

Coordinación sectorial de mando único centralizado.

Proceso de transformación Normativo



5. Retos en materia de políticas en salud

Diseño

- Superar la fragmentación del sistema de salud.
- Adecuación de marcos legales y normativos.
- Determinar alcances específicos de la rectoría.
- Precisión de funciones y responsabilidades dentro del sector.
- Difundir las FESP e incorporarlas plenamente en el quehacer de salud.
- **Definir indicadores de resultados de salud colectiva** (no atención médica)

Implementación

- Mecanismos de **coordinación** (vertical, horizontal y transversal) para hacer efectiva la rectoría.
- Gobernanza/órganos colegiados.
- **Operacionalizar los DS sin caer en visiones restringidas de la salud.**
- **Superar la complejidad de los enfoques en soluciones prácticas y concretas.**

5. Retos de la organización institucional

Diseño

- Toda PP recae en un contexto institucional.
- La transformación radical en salud debe ser también institucional y administrativa.
- Análisis de la estructura organizacional y alineación de funciones.
- Mejorar contrataciones.
- Si el problema es estructural, la respuesta de gobierno tendría que ir más allá de las recomendaciones individuales.

Implementación

- La planeación a destiempo con la definición del presupuesto.
- Indicadores obsoletos.
- Predominan estructuras burocráticas weberianas.
- Centralización/verticalidad/horizontalidad.
- Comunicación efectiva.
- Fallas administrativas que afectan la atención al usuario.
- Atención de primer contacto.
- Disminuir la burocracia sin debilitar la institucionalidad.

6. Reflexiones finales: el horizonte

- Fortalecer la **RECTORÍA y ATENCIÓN MÉDICA** en los siguientes aspectos:
- Expediente clínico electrónico/ universal y sectorial.
- Sistema Único de Urgencias Médicas/ universal y sectorial.
- Sistema Único de Atención Ambulatoria/ hacia la universalización del 1º nivel de atención.
- **Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM). Fondo único**
- Salud en territorio.
- Política Nacional de Reorganización Administrativa del Sector Salud.
- Desmontar discursos neoliberales, pero brindar alternativas.
- El Estado es garante de derechos.

6. Reflexiones finales

- Esto no es solo una teorización de las cosas, importa el enfoque desde el cuál miramos las cosas y nos plantamos frente a la vida y su complejidad cotidiana.
- Eso determina qué tipo de servicio público brindamos.
- Es decir, el paradigma nos coloca frente a diversas posibilidades como servidores públicos:
 - Entre reconocer al otro como igual o como inferior;
 - Entre ver la salud como un privilegio o como un derecho.
 - Entre ver a tu trabajo como un favor o como un mecanismo para que los otros (todos) accedan (accedamos) a servicios.
- Los sistemas de salud están sujetos a múltiples presiones. Cristalizan momentos del desarrollo de la sociedad, formas de entender lo social y la salud. Expresan la correlación de fuerzas de los actores en esta arena de lucha.
- **¿Por qué importa un enfoque crítico y emancipador de la salud en el servicio público? Porque nos coloca del lado correcto de la historia.**



¡Gracias!

victoria.delgado@issste.gob.mx