



Reorientación de los servicios públicos de salud hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la justicia social

Naime-Sánchez-Henkel, N. A.^{a*}; Svarch-Pérez, A. E.^b

RESUMEN

La desigualdad social distribuye de manera inequitativa recursos, afectando negativamente la calidad de vida de individuos y comunidades. Factores como género, raza y clase social perpetúan estas desigualdades, especialmente en el acceso a los servicios de salud. En México, estas inequidades están vinculadas con dinámicas de opresión y estructuras sociales. Los enfoques en salud poblacional destacan la importancia de abordar los determinantes sociales y las estrategias preventivas y considerar problemáticas como la pobreza y el estigma. Para mitigar las desigualdades, se requiere un enfoque interseccional que transforme las estructuras de salud y promueva la justicia social.

Palabras clave: desigualdad, salud en México, grupos vulnerados, interseccionalidad, multiculturalidad, prevención.

Antecedentes y contexto

La desigualdad es un fenómeno social donde se distribuye de manera inequitativa el acceso a recursos como la educación y la salud, lo cual limita el desarrollo de individuos y comunidades. Éste fenómeno se asocia a gradientes socioeconómicos, donde las posiciones sociales favorecen o desfavorecen a las personas. En el caso de la salud, los individuos con menor estatus social presentan peores condiciones de salud y menor esperanza

^a Coordinación de Programas Preventivos, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar). nemer.naime@imssbienestar.gob.mx

^b Dirección General, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

de vida (1). Las desigualdades en salud afectan la calidad de vida y tienen repercusiones en una menor expectativa de vida, mayor morbilidad y dificultades en el acceso a servicios de salud. Estas desigualdades refuerzan las distancias sociales, lo cual acentúa las diferencias de clase, género, raza, entre otros. A partir de tales diferencias se mantiene el ciclo de la desigualdad (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera clave corregir estas inequidades es una cuestión de justicia social (3), lo cual implica construir una sociedad justa donde todas las personas tengan igual acceso a las capacidades para una vida plena (4). Para ello, es necesario revertir la distribución desigual de las condiciones que favorecen la salud y varían según el género, la raza y/o la clase social. El acceso desigual a los servicios de salud perpetúa las desigualdades entre generaciones, vinculándose a la distribución desigual de oportunidades, influida por el origen socioeconómico, el género, la etnicidad y las condiciones sociales del lugar de nacimiento (5). Aunque prevenibles, estas inequidades, persisten y desafían los esfuerzos por alcanzar la igualdad y la justicia social (6). En la intersección de estas influencias sistémicas se sustentan los determinantes sociales de la salud, hechos que contribuyen en las condiciones de desigualdad entre las diferentes poblaciones (7).

En México, las desigualdades en el acceso a la salud están influidas por el género, la edad, la etnicidad, el ingreso, la educación y la residencia en áreas de pobreza (8). Las desigualdades de género, raza y clase son el resultado de la interacción entre estructuras sociales y dinámicas de opresión, como el heterosexismo, el racismo y el clasismo, componentes que organizan la identidad y la estructura social. La intersección de estos factores muestra cómo los sistemas de dominación se refuerzan mutuamente (9).

Este trabajo se inscribe temáticamente en el campo de la desigualdad en salud y su estructuración desde factores sociales, culturales, económicos y políticos, destacando el nexo género-raza-clase. En ese marco, el objetivo del trabajo es describir el rol de algunas acciones de salud preventiva del IMSS

Bienestar como estrategia orientada a corregir las desigualdades en salud que enfrentan grupos históricamente vulnerados en México.

La estrategia adoptada se basa en el análisis de datos cualitativos provenientes de: I) fuentes secundarias sobre el sector salud y la desigualdad en México y II) la experiencia del autor en la Coordinación de Programas Preventivos del IMSS Bienestar canalizada en la observación participativa, entrevistas con informantes calificados (personal médico y pacientes) así como la recopilación de notas de campo, con un enfoque centrado en la interpretación contextual y la identificación de patrones temáticos y narrativos de la información.

En términos de diseño, este trabajo adopta una orientación metodológica amplia que atiende un doble modo de investigación: I) prescriptivo, al sugerir un camino de acción como parte de un propósito de gestión y II) crítico, al cuestionar la base normativa del fenómeno con la intención de promover cambios.

El enfoque es cualitativo y de revisión crítica y analiza la relación entre promoción de la salud, prevención de enfermedades y justicia social. Se enfoca en los factores estructurales, políticos y sociales que afectan los programas de prevención e identifica desigualdades en salud. Además, utiliza la interseccionalidad para explorar cómo los ejes de desigualdad (clase social, género, etnicidad y territorio) generan exclusiones en salud para identificar grupos históricamente vulnerados. El estudio asume una visión que entiende las causas de la enfermedad desde un contexto sociológico, asumiendo a las influencias sociales como la principal causa de las desigualdades en salud.

Propuestas

Los enfoques recientes en salud poblacional destacan la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud para mejorar los resultados y reducir las desigualdades. Estos determinantes incluyen factores conductuales, clínicos, políticos, ocupacionales y ambientales, que deben ser entendidos en su interacción para implementar estrategias accesibles y sostenibles. La transformación de los sistemas de

salud se centra en mejorar el acceso, uso y calidad de la atención. Investigaciones revelan que la pobreza, la segregación, el estigma, el encarcelamiento y el nivel educativo impactan la salud, lo que ofrece oportunidades para fortalecer la prevención basada en conocimiento epidemiológico y cambios de hábitos (10).

La perspectiva epidemiológica del curso de vida sustenta acciones preventivas de política pública en salud que se desarrollan a nivel poblacional: este principio es un supuesto central asumido por la Coordinación de Programas Preventivos del IMSS Bienestar. La evidencia construida por la epidemiología social y del curso de vida sirve para orientar estrategias preventivas para poblaciones vulnerables y promueve la mitigación de las inequidades en salud al adaptar estrategias preventivas dirigidas a dichas poblaciones (11).

Nuestra Coordinación adopta un enfoque que trasciende la perspectiva tradicional de políticas de salud pública centradas únicamente en la prevención de factores de riesgo individuales e incorpora una visión donde se reconocen y abordan las exposiciones múltiples al riesgo. Un enfoque interseccional implica asumir a las desigualdades de género, raza y clase como el resultado de la interacción entre estructuras sociales y dinámicas de opresión como el heterosexismo, el racismo y el clasismo. Estos ejes organizan tanto la identidad como la estructura social y su intersección revela cómo los sistemas de dominación se refuerzan mutuamente (9).

Nuestra Coordinación se orienta hacia varias estrategias clave para mejorar la salud y el bienestar comunitario. Se busca promover enfoques interseccionales y multisectoriales que unan a la sociedad y empoderar a la población para su participación activa en la construcción del bienestar. Entendemos al bienestar en referencia a la autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida, realización del potencial y autoaceptación que afectan a los individuos, siempre con relación al contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, sus objetivos y sus expectativas. Así, la noción de bienestar alude a la salud fi-

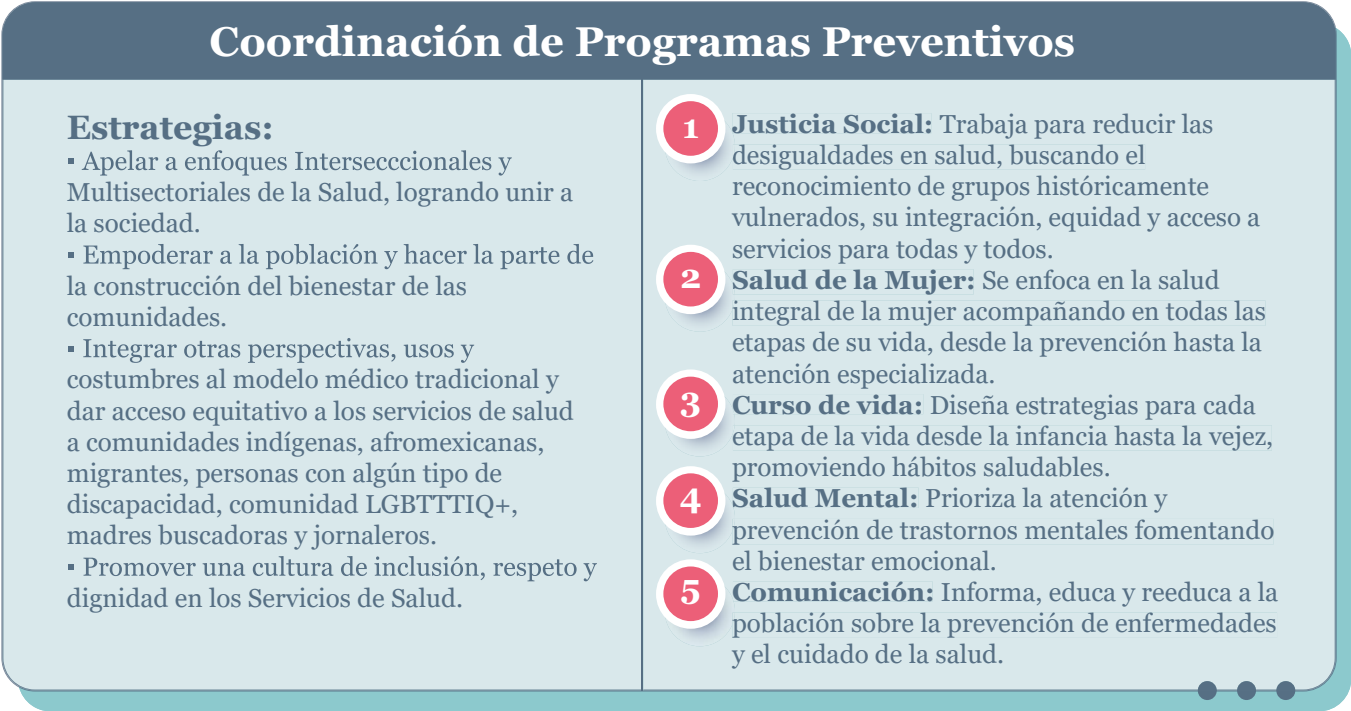
sica, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y la relación del individuo con aspectos relevantes de su entorno. De esta forma, el bienestar estable se da cuando los individuos tienen los recursos psicológicos, sociales y físicos necesarios para afrontar un desafío psicológico, social y/o físico (12).

Además, nuestra Coordinación integra perspectivas y costumbres diversas al modelo médico tradicional, asegurando el acceso equitativo a los servicios de salud para grupos históricamente vulnerables. Y, asimismo, se fomenta una cultura de inclusión, respeto y dignidad en los servicios de salud. La estructura organizacional de la Coordinación se divide en cinco divisiones: I) Justicia Social, que trabaja en la reducción de desigualdades al promover la integración y el acceso a servicios para grupos históricamente vulnerados; II) Salud de las Mujeres, enfocada en la salud integral de la mujer; III) Curso de Vida, que diseña estrategias para cada etapa de la vida; IV) Salud Mental y adicciones, que prioriza la atención y prevención de trastornos mentales; y V) Comunicación, que informa y educa sobre prevención y cuidado de la salud.

Este conjunto de medidas del IMSS Bienestar representa una nueva conceptualización del modelo de atención sanitaria que inicia con el rediseño institucional de la División en las cinco áreas mencionadas. Esta redefinición en las perspectivas de la prevención de la salud está alineada con el mandato de la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo de implementar un modelo de atención que no solo asegure el acceso universal a los servicios médicos, sino que también promueva una visión centrada en la justicia social. Así, los programas de salud en México se implementarán con enfoque de género, buscando reconocer y valorar la medicina tradicional e integrando la atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad (13).

El nuevo enfoque también rompe con las conceptualizaciones más estáticas de grupos etarios y salud para adoptar una perspectiva de ciclo de vida, al enfatizar enfatizando aquello que les ocurre a los

Figura 1. Punto de partida de la Coordinación de Programas Preventivos



individuos en los primeros años de vida puede tener efectos a largo plazo sobre la salud, las enfermedades y el envejecimiento posteriores. Por lo anterior, nuestra Coordinación resalta la importancia de asumir un enfoque interdisciplinario del curso de vida como estrategia heurística para comprender las influencias a lo largo de la vida sobre la salud, las enfermedades y el envejecimiento (14).

También la Coordinación propone una transformación en la atención a la salud mental y adicciones basada en la identificación y abordaje de las causas sociales de las conductas adictivas, así como los problemas de salud mental entendidos como dos condiciones que afectan negativamente el bienestar general de la sociedad (15). Desde una perspectiva de género, la Coordinación busca discutir críticamente el modelo de atención a la salud y el desafío que supone abordar la problemática del impacto de los roles socialmente asignados de feminidad en la salud de las mujeres. En una sociedad patriarcal, la medicalización de los cuerpos de las mujeres ha llevado a que se las etiquete como susceptibles a mayores condiciones de enfermedad —“más enfermas”—, a

quienes no cumplen roles socialmente determinados son diagnosticadas como enfermas (16).

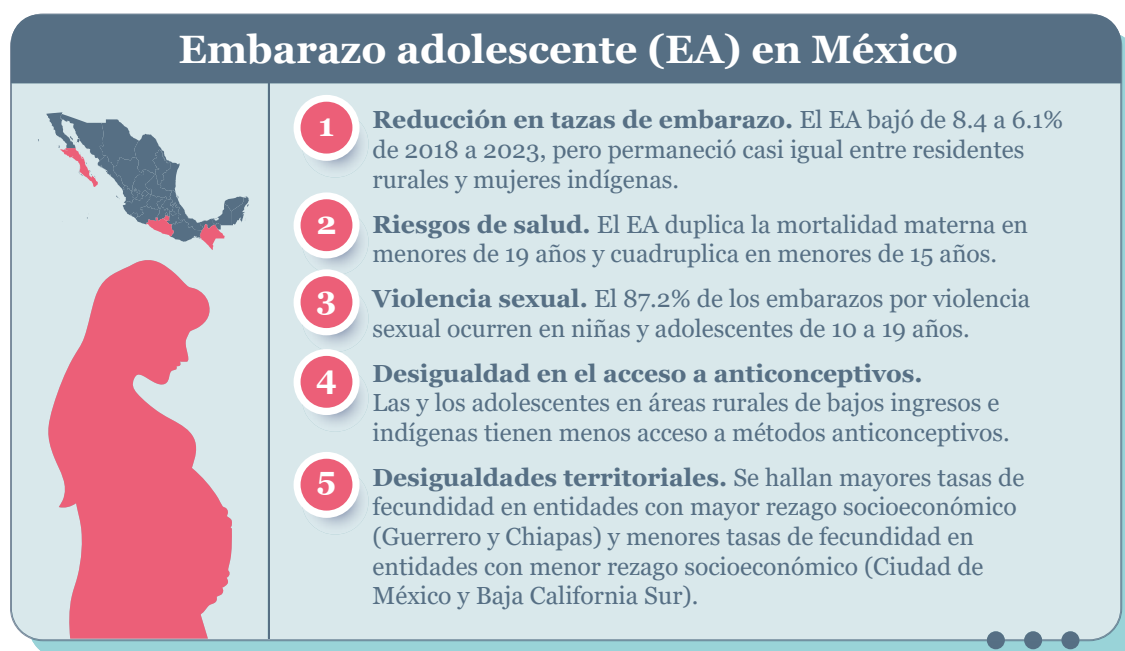
Una población históricamente vulnerada se caracteriza por compartir ciertos rasgos sociales, como su lugar en la estratificación social, su género, su raza o su pertenencia a grupos que han enfrentado históricamente procesos de violencia estructural marcados por la estigmatización y la exclusión. Estos grupos, debido a su situación histórica de vulnerabilidad, tienen una mayor probabilidad de estar expuestos a riesgos, ya que los enfrentan con mayor frecuencia en comparación con el resto de la población. La acumulación de estos factores de riesgo revela causas fundamentales vinculadas a la posición de una persona dentro de la estructura social. Estas causas son los desencadenantes que incrementan la exposición a nuevos riesgos, como una posición socioeconómica desfavorable, desigualdades de género, bajos niveles educativos o la pertenencia a grupos históricamente vulnerables (17, 18).

La dinámica de relacionamiento de patrones de desigualdades con problemas críticos a nivel social y económico ha llamado la atención de la Coordinación de

Programas Preventivos, entre otras problemáticas, en torno a la temática del embarazo adolescente (EA). El EA como fenómeno revela: I) una problemática social que actúa como obstáculo para el desarrollo personal y profesional de las jóvenes, al perpetuar la pobreza y limitar su acceso a educación y empleos mejor remunerados y con costos económicos relevantes para el sistema de salud y la economía nacional II) una dinámica de vinculación de desigualdades previas: la incidencia de las adolescentes embarazadas aumenta en grupos socio-económicos en los cuales las jóvenes ya enfrentan desventajas antes de quedar embarazadas (19, 20, 21). Como muestra la siguiente imagen, el fenómeno del EA es multicausal y dependiente de la agregación e interacción de varias facetas de la desigualdad.

En México se han identificado desigualdades que afectan directamente: I) la equidad en el estado de salud, ya que persisten diferencias evitables en riesgos, morbilidad y mortalidad entre distintos grupos poblacionales y II) la equidad en el acceso a los servicios de salud, pues aún existen brechas en la disponibilidad y uso de estos para personas con las mismas necesidades de atención, sin considerar su capacidad de pago (8). En este contexto, la Coordinación de Programas Preventivos impulsa estrategias de prevención en la vida cotidiana de las personas, con un enfoque interseccional, multicultural y de género, dando prioridad a los grupos históricamente vulnerados.

Figura 2. Embarazo adolescente en México



Fuente: CONAPO, 2023; Serván-Mori, 2022.

Discusión y reflexiones finales

Desde una visión de justicia social, nuestra Coordinación de Programas Preventivos trabaja en la construcción de alianzas amplias, la integración de datos comunitarios y la promoción de políticas y programas de salud pública para abordar estos desafíos de manera activa. Creemos que, mediante acciones preventivas en salud pública, podemos mitigar el impacto de la desigualdad en la salud, al empen-

der un proceso de reflexión sobre las necesidades fundamentales para disfrutar de vidas plenas y saludables.

Las inequidades en salud son multidimensionales, arraigadas en sistemas estructurales, ideológicos y culturales que perpetúan la exclusión y discriminación. Para abordarlas, se requieren enfoques sistémicos que transformen las estructuras de

Figura 3. Grupos históricamente Vulnerados en México.

oportunidades y reduzcan las desigualdades, que promuevan una vida más justa y equitativa y eliminar las narrativas que legitiman el sexismo, racismo y discriminación perpetúan estas desigualdades en salud, por lo que es esencial transformar los sistemas de salud más allá de centrarse solo en comportamientos individuales o intervenciones médicas. Las políticas deben combatir las desigualdades derivadas del acceso desigual a recursos sanitarios y prácticas de exclusión social.

Todas las sociedades presentan diferentes gradientes en salud. Lo fundamental radica en cómo las desigualdades jerárquicas se reflejan en disparidades en las capacidades de las personas para vivir la vida que desean. Estas capacidades están relacionadas con la autonomía y la participación social, aspectos clave para la salud, la ausencia de aquellas puede llevar al deterioro de esta. La autonomía y el compromiso social se distribuyen de manera des-

igual y no aleatoria en la sociedad: factores sociales, económicos y culturales históricamente arraigados ocasionan que los grupos sociales históricamente vulnerados tengan peores condiciones de salud, debido a diferencias sistemáticas en la magnitud entre dichos grupos (1).

Mediante acciones preventivas de salud pública es posible atender los efectos de la desigualdad sobre la salud, buscamos transitar un camino de reflexión sobre las necesidades esenciales para vivir vidas plenas y saludables. La salud puede ser un ámbito para construir paz si se garantiza su acceso equitativo, si se respetan lenguas, creencias y preferencias culturales. Fortalecer los sistemas de salud contribuye al cambio social, al combatir la discriminación racial y cultural e intentando reducir las desigualdades sanitarias. Adoptar enfoques interseccionales y multisectoriales para la salud y el bienestar promueve una sociedad más unida y cohesionada, basada en una visión común de justicia social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marmot M. *Status syndrome: How your place on the social gradient directly affects your health*. Bloomsbury; 2015.
2. Pickett KE, Wilkinson RG. *Income inequality and health: a causal review*. Soc Sci Med. 2015;128:316-26. doi: 10.1016/j.socsci-med.2014.12.031.
3. OMS. *Subsanar las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_o8.1_spa.pdf
4. Venkatapuram S, Marmot M. *From health inequalities to health justice in 50 years*. Community Dent Oral Epidemiol. 2023;51(4):590-4. doi: 10.1111/cdoe.12866.
5. Solís P. *Barreras estructurales a la movilidad social intergeneracional en México: Un enfoque multidimensional*. Serie Estudios y Perspectivas 176. CEPAL-México; 2018. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3e469823-8a80-4af9-a697-cb040552adcd/content>
6. Townsend B, Strazdins L, Harris P, Baum F, Friel S. *Bringing in critical frameworks to investigate agenda-setting for the social determinants of health: Lessons from a multiple framework analysis*. Soc Sci Med. 2020;250:112886. doi:10.1016/j.socsci-med.2020.112886.
7. Town M, Eke P, Zhao G, Thomas CW, Hsia J, Pierannunzi C, Hacker K. *Racial and Ethnic Differences in Social Determinants of Health and Health-Related Social Needs Among Adults - Behavioral*

- Risk Factor Surveillance System, United States, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73(9):204-8. doi: 10.15585/mmwr.mm7309a3.
8. ONIS (Observatorio Nacional de Inequidades en Salud). *Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México*. Ciudad de México: Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2019. Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf
9. Viveros M. Interseccionalidad. *Giro decolonial y comunitario*. CLACSO; 2023. Disponible en: <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248817/1/Interseccionalidad.pdf>
10. Dean HD, Williams KM, Fenton KA. *From theory to action: applying social determinants of health to public health practice*. Public Health Rep. 2013;128 Suppl 3:1-4. doi: 10.1177/003335491312868301.
11. Wagner C, Carmeli C, Jackisch J, Kivimäki M, van der Linden B, Cullati S, Chiolerio A. *Life course epidemiology and public health*. Lancet Public Health. 2024;9(4):e261-e269. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00018-5.
12. Dodge R, Daly AP, Huyton J, Sanders LD. *The challenge of defining wellbeing*. Int J Wellbeing. 2012;2(3):222-35. doi:10.5502/ijw.v2i3.4.
13. Ben-Shlomo, Y., Mishra, G., Kuh, D. (2014). *Life Course Epidemiology*. In: Ahrens, W., Pigeot, I. (eds) Handbook of Epidemiology. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09834-0_56
14. IMSS Bienestar. 2025. *IMSS Bienestar crea Dirección de Justicia Social en Salud para garantizar igualdad en el acceso a servicios médicos*. 1° de marzo. https://cdn.imssbienestar.gob.mx/ssib/assets/docs/notas_informativas/sala_prensa/97/20250301_imss-bienestarcreadireccioindejusticiasocialensaludparagarantizari-gualdadenelaccesoaserviciosmeidicos.pdf
15. Alimoradi, Z., Broström, A., Potenza, M.N. et al. *Associations Between Behavioral Addictions and Mental Health Concerns During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis*. Curr Addict Rep 11, 565–587 (2024). <https://doi.org/10.1007/s40429-024-00555-1>
16. White, K. 2017. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. SAGE Publications.
17. Frohlich KL, Potvin L. *Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations*. Am J Public Health. 2008;98(2):216-21. doi: 10.2105/AJPH.2007.114777.
18. Link BG, Phelan J. *Social conditions as fundamental causes of disease*. J Health Soc Behav. 1995;Spec No:80-94.
19. UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo de adolescentes en México*. 2020. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
20. CONAPO (Consejo Nacional de Población). *Desciende más del 16 por ciento la tasa de fecundidad de adolescentes*. 26 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/prensa/deciende-mas-del-16-por-ciento-la-tasa-de-fecundidad-de-adolescentes-septiembre-2023?idiom=es>
21. Serván-Mori E, Quezada-Sánchez AD, Sosa-Rubí SG, et al. *Intergenerational Replication of Teenage Pregnancy and Educational Attainment in Mexico*. Arch Sex Behav. 2022;51:4023-34. doi: 10.1007/s10508-022-02309-4.22. Hacker K, Houry D. *Social Needs and Social Determinants: The Role of the Centers for Disease Control and Prevention and Public Health*. Public Health Rep. 2022;137(6):1049-52. doi: 10.1177/00333549221120244.