

Salud y Bienestar confrontados con el modelo médico hegemónico, debate para propuesta

Luis Amador Ríos Oliveros¹

Patricia Villalobos Aguayo²

Baltazar Joanico Morales³

Resumen

El 3er. Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) con la perspectiva de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, este objetivo tiene nueve metas dirigidas para mejorar la salud y bienestar colectivo, en la realidad se tendrá que enfrentar con un modelo médico hegemónico (MMH) de más de cien años de establecimiento, con determinismo biológico, con una estructura rígida, positivista, ahistórico, asocial, reduccionista, individualista, mercantilizado, funcional al sistema económico neoliberal, con una concepción del proceso salud-enfermedad enfocado en la causalidad; agente-huésped-ambiente, los factores de riesgo, la asistencia médica y la curación, sin menoscabo de estas dos últimas que si bien son importantes, no son las que han dado los mejores resultados para garantizar la salud colectiva, como contraposición el tercer ODS se abre a enfoques multidimensionales que consideran aspectos de promoción, prevención y educación para la salud de manera organizada, planificada y sobre todo financiada, trabajo familiar-comunitario en salud, encuadrado en la Atención Primaria de Salud (APS) que es el eje y núcleo del sistema de salud, así como, a estructuras, dinámicas, sociales, económicas, políticas, ambientales, históricas, culturales, de cuestionamiento a la sociedad de mercado y los daños que provoca a la salud y enfermedad, donde la salud sea asumida como política de Estado y derecho humano fundamental. Se tiene como objetivo aportar elementos para la formación de profesionales con un nuevo perfil que conozcan, desarrollen y se comprometan con los principales modelos del proceso salud-enfermedad con orientaciones alternativas al citado MMH y puedan tomar de éste los elementos rescatables y complementarios y nos abran a un debate permanente con el contexto hegemónico. Otro objetivo es conciensar sobre la necesidad de cuestionar, cambiar la orientación del citado MMH con la intención de dar mejores resultados a la salud y disminuir la enfermedad, orientar hacia el desarrollo humano, con un liderazgo de la APS que desde el primer contacto recoja las determinantes sociales de la salud (DSS), la determinación social de la salud, la coordinación entre niveles de atención médica, la instauración de un modelo de atención integral a la salud dirigido al bienestar social, reconociendo la estrecha relación de la salud con el desarrollo y el bienestar humano y social con sus conceptualizaciones, evaluaciones y concreciones para exigir y vigilar la operación de un Estado de Bienestar fundado en la norma constitucional que garantice los derechos humanos, la inclusión, la protección y la seguridad social de manera eficiente y transparente, rompiendo el círculo de la ignorancia, pobreza, insalubridad, malnutrición, enfermedad, inequidad, desigualdad e injusticia social.

Conceptos clave: Salud, Bienestar, modelo médico hegemónico

¹ D. en C. Luis Amador Ríos Oliveros PITC. Facultad de Medicina. UAGro. luisrios@uagro.mx

² D. en C. Patricia Villalobos Aguayo. PITC. Facultad de Medicina. UAGro. pvillalobosa@uagro.mx

³ Doctorante. Baltazar Joanico Morales. Prof. Asig. Facultad de Medicina. UAGro. Balta2083@live.com.mx

Introducción

Ante el desafío tanto nacional como internacional de crecimiento económico sin equidad, accidentado y lento, vinculado con desigualdad social, depredación de la naturaleza, en este escenario sin viabilidad, se exigió un cambio del modelo de desarrollo dominante, por una alternativa sostenible, incluyente, respetuosa de los derechos humanos y del ambiente, con visión a largo plazo, con estos antecedentes surge la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, consta de 17 ODS, quienes se interaccionan y se articulan para su consecución .

El 3er. ODS de salud y bienestar; con la perspectiva de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, este objetivo tiene nueve metas dirigidas a poner fin a epidemias, disminuir morbilidades, mortalidades, muertes evitables, aumentar la cobertura de vacunación, garantizar el acceso universal a los servicios de salud, así también, el financiamiento de investigación sanitaria, con énfasis en el propósito de este ensayo del punto 3.c: relativo al perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, (Naciones-Unidas, 2018, pp. 5-26)

Este ODS enfrentará un (MMH) y sus consecuencias sobre la salud comunitaria, desde la perspectiva capitalista que ha atravesado el siglo XIX a la fecha, favoreciendo el estudio de la enfermedad con una óptica biologicista, individualista, ahistórica, asocial y pragmática.

Es necesario retomar los elementos antecedentes de apoyo a este ODS como lo son: la dinámica del derecho a la salud en la que resalta el enfoque de salud como aporte de los canadienses, tanto en la teoría como en la práctica de este punto de vista, destacando el ministro Lalonde, quien en su informe de 1974 introdujo los elementos fundamentales que abrieron la delimitación de la situación de salud y la primera denominación de determinantes sociales de la salud (DSS); *“el estilo de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud”*. La inversión de Canada en estas dimensiones les aportó utilidades principalmente en tres áreas: 1. Población sana que contribuyó a mayor prosperidad, 2. Menores gastos en salud y menores problemas sociales, 3. Estabilidad y bienestar social para los canadienses. (Rojas-Ochoa, 2004, p. s/p)

En Latinoamérica han surgido alternativas al MMH y a las propias DSS como ha sido el caso de la determinación social de la salud en su examen de los constituyentes de la salud desde un proceso histórico, dialéctico, complejo y multidimensional que cubre la acción de los contextos de salud y vida. Para la epidemiología crítica la clase social es el rasgo distintivo del modo de vida, del disfrute de derechos humanos y del acceso a los bienes. Casallas-AL (2017)

La orientación del debate va con el propósito de ofrecer una propuesta de formar profesionales de la salud con una visión amplia, multidisciplinaria que distingan dos componentes que permiten demostrar la desigualdad expresada por injusticia en el reparto de bienes y servicios de la sociedad: el primero relacionado con indicadores de ingreso, educación, empleo. El segundo se dirige a la inequidad, mostrada en las correlaciones de poder por la clase social, el género y la etnia. (Casallas-AL, 2017, pp. 404-405)

Desarrollo Sostenible; DSS; Determinación Social y MMH

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental, es una agenda civilizatoria, que pone la dignidad y la igualdad de las personas en el centro y se plantea como la guía para el trabajo en pos de este desarrollo en los próximos 15 años, e incluye los siguientes 17 Objetivos de desarrollo sostenible: (Naciones-Unidas, 2018, p. 5)

“1. Poner fin a la pobreza, 2. Poner fin al hambre, 3. Salud y bienestar, 4. Educación inclusiva, equitativa y de calidad, 5. Igualdad entre los géneros, 6. Agua y saneamiento, 7. Energía asequible, no contaminante, 8 Trabajo decente y crecimiento económico, inclusivo y sostenible, 9. Industria, innovación e infraestructura, 10. Reducir la desigualdad, 11. Ciudades y comunidades sostenibles, 12. consumo y producción responsables, 13. Acción por el agua, 14. Los recursos marinos para el desarrollo sostenible, 15. Vida de ecosistemas terrestres, 16. Paz, justicia e instituciones sólidas, 17. Alianzas para lograr los objetivos”. (Naciones-Unidas, 2018, p. 7).

El 3er. ODS de salud y bienestar; con la perspectiva de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, este objetivo tiene nueve metas dirigidas a poner fin a epidemias, disminuir morbilidades, mortalidades, muertes evitables, aumentar la cobertura de vacunación, garantizar el acceso universal a los servicios de salud, así también, el financiamiento de investigación sanitaria, con énfasis en el propósito de este ensayo del punto 3.c: Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados. (Naciones-Unidas, 2018, pp. 23-26)

En tal sentido, el proceso de construcción de Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS representa una oportunidad para dotar de más herramientas de implementación y seguimiento a un sistema que muchas veces presenta como talón de Aquiles la concreción de sus principios, derechos y metas. El foco de los objetivos está centrado en la sostenibilidad y por ende debe combinar las distintas magnitudes del desarrollo lo que significa entender la noción de gobernanza del desarrollo sostenible y no solo ambiental, (Di-Paola, 2015).

En el vínculo dialéctico entre desarrollo y salud es preciso reconocer su construcción social, su carácter histórico, su prioridad por los individuos, familias y comunidades (I-F-C) y las condiciones que la propia sociedad le ofrece para el progreso inmejorable de sus capacidades, como parte de un mismo proceso dinámico, de variados formatos, incuestionablemente conectados con el estado de salud, sus determinantes sociales, donde el bienestar y la equidad son sus fundamentos esenciales, en el entorno socio estructural en que se despliega. (Muñoz, 2011, p. 168)

Esta misma autora rescata los componentes del modelo cubano para este concepto de salud, resaltando las siguientes estructuras:

sociopolíticas (desarrollo humano y social) y las variables de orden económico (producción de riqueza y su distribución), poniendo hincapié en la voluntad política, donde la salud es asumida como política de Estado y derecho humano fundamental. (Muñoz, 2011, p. 172)

Con el antecedente de los DSS iniciado por los canadienses e impulsado por la OMS. Con esta experiencia se dio paso al estudio y ampliación de los determinantes sociales en salud,

al percatarse que la enfermedad humana no se ubica como “mera naturaleza” que está determinada, que puede ser modificada por la actividad social y el ambiente en todos sus aspectos. Lo que conlleva a los sistemas de salud a dejar su orientación exclusiva de atención médica curativa e impulsar los aspectos sociales de promoción, prevención, educación en salud, para que estos sistemas cumplan con el enfoque de derechos, inclusión y participación comunitaria. (Rojas-Ochoa, 2004, p. s/p)

La (OMS, 2009) citada por (Longhi,2020) ha explicado las determinantes sociales como:

“las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, siendo esas circunstancias el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”. (Longhi, 2020, p. 138)

Así también, estableció una Comisión de (DSS), la cual en su informe evidenció que las condiciones de vida puntualizan el modo como los individuos enferman y mueren y, a su vez propone mejorar esas circunstancias que acaben con las inequidades y desigualdades injustas en salud. (Morales-Borrero, et al., 2013, p. 799)

La inequidad social desde las DSS configura una matriz de “triple inequidad” ajustada por las inequidades de género, etnia y clase social. Esta matriz se vincula con formas de producción capitalista que resultan en inequidades sociales y de salud. (Morales-Borrero, et al., 2013, p. 802)

Las DSS son promovidas por la OMS, la determinación social de la salud por la Medicina Social y Salud Colectiva latinoamericana, lo que origina divergencias teóricas, éticas, metodológicas. Un exponente de esta última, Breilh manifiesta tres grandes objeciones desde la determinación social: 1 su base positivista-causal-factor de riesgo, 2 sistemas ecológicos reducidos a puntos de vista empíricos de agente-huésped-ambiente, 3 las DSS convierten los asuntos estructurales de la determinación social en variables adicionales del modelo clásico, sin el componente histórico, ni una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado. (Cardona-Arias, 2016, p. 189)

(Sosa, 2014), complementa la anterior posición cuando examina la conexión entre salud y desarrollo, revela la correspondencia entre los resultados del desarrollo de un país con las condiciones de salud de (I-F-C). Bastante evidente que las inversiones en mejoramiento ambiental y las condiciones de vida, redundan en el mejoramiento de la salud de las personas, rebasando con mucho el aporte de fármacos y nuevas tecnologías médicas, caso contrario la afectación del medio ambiente, la concentración de la riqueza ha dañado la salud colectiva. Como dice la (ONU 1992) “La salud y el desarrollo tienen una relación directa. (Sosa, 2014, pp. 2-3)

La salud de los (I-F-C) no solo están expuestas a las enfermedades, también se deben reconocer todos los aspectos de la vida diaria que representan riesgos para el progreso de su libertad que está muy unida a los derechos y la justicia social. Por lo tanto, la pobreza, la violencia, el daño ambiental, la falta de alimentos nutritivos, inseguridad laboral, falta de servicios públicos, entre otras carencias de derechos humanos, se sitúan como amenazas para la salud de los seres humanos como necesidad.

(Rojas-Ochoa, 2004) continuó con la importancia que se da a la enfermedad por encima de la salud, lo que no es casual, está fundando en los intereses económicos de las grandes

farmacéuticas para producir insumos para la enfermedad y al final ganancias. En su reflexión, cuando se trata de mayor salud a menor costo, sobre todo, esta no se consigue de los servicios de atención médica porque su propósito va dirigido a los enfermos, la salud para todos es una construcción social con enfoque multidisciplinar no centrado únicamente en la biomedicina.

Toda sociedad moderna y democrática deberá considerar la salud como un derecho universal, de bien público, con alto grado de equidad, para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico; A esto se agrega la idea de Sen de las oportunidades que tenga una (I-F-C) se encontrarán estrechamente ligadas a las redes sociales, a sus interacciones con los otros y sobre todo el papel que el Estado juegue en el marco de las condiciones sociales y las políticas públicas. (Sen y Drèze, 2002: 6). Citado por (Picazzo, 2011, p. 260)

La determinación social de la salud como pensamiento contrahegemónico.

(Casallas-AL, 2017) complementa a la determinación social de la salud en su examen de los constituyentes de la salud desde un proceso histórico, dialéctico, complejo y multidimensional que cubre la acción de los contextos de salud y vida. Para la epidemiología crítica la clase social es el rasgo distintivo del modo de vida, del disfrute de derechos humanos y del acceso a los bienes.

En el debate de esta epidemiología se distinguen dos componentes que permiten demostrar la desigualdad expresada por injusticia en el reparto de bienes y servicios de la sociedad: el primero relacionado con indicadores de ingreso, educación, empleo. El segundo se dirige a la inequidad, mostrada en las correlaciones de poder por la clase social, el género y la etnia. (Casallas-AL, 2017, pp. 404-405)

Otros exponentes clásicos de la Medicina Social y Salud Colectiva; Granda (2004), Feo Istúriz (2012) citados por Paguay-Moreno (2020), el primero manifiesta dos puntos clave:

1 la salud como derecho humano y social fundamental, que debe ser garantizado por el Estado en forma universal, asumiendo a la salud como bien público que no puede ni debe ser sometido a la lógica del mercado.

2 la comprensión de la Determinación Social de la Salud y la Enfermedad, rescatando la idea de que las causas de la mala salud están en la sociedad, en las condiciones de vida, y el trabajo. (Paguay-Moreno, 2020, p. 39)

El segundo abunda sobre la determinación social de la salud y la enfermedad, por el modelo de desarrollo y consumo de la colectividad, así como, como construcción social, emanada de los modos de organización colectiva para distribuir su bienestar social. (Paguay-Moreno, 2020, p. 39)

Distinguir la conexión entre condiciones de vida y situación de salud conlleva un enfoque epistémico de las ciencias de la complejidad. Superando la visión antropocéntrica de la salud propia de individuos y abrirse a una nueva articulación con las ciencias sociales y salud que amplíe el estudio del proceso salud-enfermedad. (Casallas-AL, 2017, p. 406)

En esta dirección de las dimensiones fundamentales en la definición de salud, los contextos organizados de los modos de vida de una colectividad que promueven la salud de (I-F-C), así como los comportamientos propios de vulnerabilidad, a esto se agregan, la visión

de la salud como un asunto eslabonado por los formatos generales entre los sistemas de acumulación, el sistema de producción, las políticas del Estado y el singular establecido por los estilos de vida individuales. (García-Carriña, 2017, pp. 64-75)

Casallas-AL (2017), explica el modelo hegemónico con un posicionamiento de preeminencia de un grupo sobre otro, sin el interés de abordar multidimensionalmente el cuerpo de la salud, como tampoco su análisis social, económico y cultural para generar bienestar a la colectividad. (Casallas-AL, 2017, p. 399)

En la tradición occidental el concepto de salud ha transitado teniendo como referente la enfermedad, dado por el “método científico” elaborado para medir y cuantificar el proceso salud-enfermedad como componente del ambiente subjetivo corpóreo que vive la enfermedad, evidenciando la condición mecanicista y reduccionista de la misma.

Con la intención de ir integrando los elementos centrales de la salud, para caracterizarla como un cuerpo edificado y modificado social, cultural e históricamente resultante de la vida misma. Se hace indispensable la aportación del antropólogo médico Eduardo Menéndez, sobre la concepción del modelo médico hegemónico (MMH) y sus consecuencias sobre la salud comunitaria, desde la perspectiva capitalista que ha atravesado el siglo XIX a la fecha, favoreciendo el estudio de la enfermedad con una óptica biologicista, individualista, ahistórica, asocial y pragmática. (Casallas-AL, 2017, pp. 400-403)

Menéndez (1998), definió el MMH como:

“Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII; ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”. (Menéndez 1998, 20), citado por (Paguay-Moreno, 2020)

Menéndez (2003), postuló que el sistema de salud bajo el MMH tiene una dirección curativa, de medicalización, normatización y económica-ocupacional, alineada a la reproducción del sistema dominante, en otro de sus estudios Menéndez (2016) declara que en la práctica médica la mayor ponderación va hacia lo biológico, que excluye los aspectos económicos, políticos, culturales, ambientales, sociales, los saberes tradicionales. (Paguay-Moreno, 2020, pp. 32-33)

Feo Istúriz (2012), citado por Paguay-Moreno (2020), haciendo referencia del MMH a quien atribuyen la concepción de la salud como mercancía, contraponen la idea de la salud como un derecho normado y que debe ser garantizado por el Estado, como principio fundamental de la Medicina Social. (Paguay-Moreno, 2020, p. 38)

En este entorno podemos ver el MMH representado de manera general por su “biologismo, positivismo, ideología evolucionista y cartesiana, ahistórico, asocial, individualista, sin congruencia teórico-práctica”. En resumen, el proceso salud-enfermedad se concibe dominado por la asistencialidad, la mercantilización, sin una orientación organizada por la prevención y una relación médico-paciente asimétrica. (Cardona-Arias, 2016, pp. 185-186)

Según Hobbes (1995) citado por Benítez-Ampudia, 2010, la condición humana proviene del entendimiento de la biología humana, enmarcada en las posiciones filosóficas siguientes:

el reduccionismo, que es el conjunto de métodos y modos de explicación general del mundo de los objetos y de las sociedades humanas.

El determinismo biológico afirma que la naturaleza humana está determinada por nuestros genes, implicando que las causas de los fenómenos sociales se hallan en la biología como los actores individuales en una escena social, a y por lo tanto esta demostrado por la ciencia como inmodificable.

Un enunciado básico reduccionista y determinista biológico es que los fenómenos sociales son la suma de los comportamientos de los individuos. (Benítez-Ampudia, 2010, p. 1)

Madrid (2010), expresa que el MMH no contempla la causalidad social, esto se convierte en un obstáculo para la comprensión del proceso salud-enfermedad, ejemplificando que para disminuir la posibilidad de enfermar o morir no puede reducirse a la aplicación de un programa socio sanitario con una mirada individualizada de los problemas de salud colectivos, cuestionando la participación comunitaria, interpretándola como una acción que busca responsabilizar a (I.F.C) de su propia condición.

En esa línea de debate para la interpretación del proceso salud-enfermedad a solo la accesibilidad a los servicios de salud cercano al domicilio, la aparente gratuidad, se requiere examinar este proceso sin limitación a problemáticas individuales de índole biológica. Con otra mirada la enfermedad tiene otros significados conectados al ambiente social de pertenencia de (I.F.C) con su red de correspondencias sociales (creencias, valores, entorno laboral) en los que se sitúan y se precisa analizar no solo su causalidad sino también su tratamiento. El MMH restringe la trascendencia de la causalidad social y cultural en la generación de la enfermedad, contraponiendo la medicalización de amplios aspectos de los entornos humanos. (Madrid, 2010, pp. 10-11)

Casallas-AL (2017), suma a esta discusión lo que llama perspectiva socio-cultural que deje atrás un enfoque monocultural e integre atributos congruentes con la percepción de la enfermedad como construcción social, esto implica retomando lo dicho por Breilh (2009) que las circunstancias están en constante movimiento, como proceso dialéctico en contra parte, pensar que las dinámicas humanas son aisladas, lo que impediría procesos de transformación. Propone una conexión entre las condiciones de vida y el contexto de la salud que asuma una dirección epistemológica de la salud desde las ciencias de la complejidad. (Casallas-AL, 2017, p. 406)

En la exploración de las dimensiones del proceso salud-enfermedad surge la necesidad de vigilar que no se efectúe una simple sumatoria de las sociales, biológicas, psicológicas para cumplir con más factores causales o de riesgo. Se trata de un movimiento conceptual más complejo que involucre una aproximación integral a la enfermedad y a la salud. (Saraceno, 2004), citado por (Madariaga, 2008, p. 1)

Con estos elementos emerge la propuesta de una teoría general de la salud por Madariaga (2008), apoyado en el análisis de inequidades en el campo de las ciencias sociales de Breilh, quien establece la presencia de una tetra inequidad representada por; la clase, étnica, de género y de generación. Con esta declaración se progresa en la descripción de tres niveles de estudio de la salud: 1 como problema ontológico (la cuestión del ser), 2 como problema epistemológico (la cuestión del conocer), 3 como praxis (la cuestión del hacer). (Madariaga, 2008, p. 2)

Recapitulando puntos cruciales; el derecho universal a la salud, el desengaño repetido de los sistemas de salud hegemónicos esencialmente hospitalarios, biologicistas y no centrados en las personas (I.F.C) donde ellas se desenvuelven. Emerge un modelo integral, incluyente con la salud, comprometido con las DSS y la determinación social de la salud que ha tenido resultados positivos en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Perú, edificados con un fuerte marco político conceptual, fundamental para la transformación social en salud. La lección más importante de estas cuatro experiencias, es que es posible un modelo de cuidado, integral, incluyente, que universaliza y garantiza el derecho a la salud y el bienestar social. Es urgente abordar la salud con modelos alternativos a los actuales, como se propuso al mundo hace 40 años en Alma Ata. (Carbone-Campoverde, 2019, pp. 226-227)

Salud, Bienestar y Desarrollo.

Con la garantía del derecho universal a la salud, se han establecido los escenarios de vida como constituyente central del bienestar, esta concepción contempla las carencias y satisfacciones de las dimensiones, sociales, económicas y ambientales. (Longhi et al., 2013).

En este camino de las dimensiones del bienestar, Navarro (2016), refiere el bienestar como una noción globalizadora que abarca los asociados con la salud y los no relacionados con ella, como autonomía e integridad. Este concepto es intercambiable con el de calidad de vida con solo invertir la visión de objetivo contra subjetivo. El bienestar social es el conjunto de factores que le permite al individuo experimentar una saciedad de sus necesidades objetivas y subjetivas. (Navarro-Chávez, 2016, p. 603)

El bienestar vinculado al impacto del desarrollo sobre el (I.F.C) enmarcan en sus extremos, por el lado negativo la privación, la miseria y la hambruna y en el lado positivo la calidad de vida y la abundancia que implican factores políticos, sociales, económicos, ambientales, de seguridad, salud, educación, transporte y otros servicios públicos. Otra visión, se relaciona con los objetivos del Estado cuando debería operacionalizar el principio de solidaridad propiciando el bienestar social con acciones de política fiscal, medidas redistributivas y suministro de servicios sociales, Nusbaum&Sen (1998). citados por (Uribe, 2004, págs. 11-25).

A partir de los trabajos de Sen (1997), nace el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como una medida de bienestar social y desarrollo, considerando diferentes perspectivas de los seres humanos. Este índice ha recibido críticas concernientes a no incluir dimensiones que afectan el bienestar de (I.F.C) como son el medio ambiente, la integración social o la equidad en cualquiera de las dimensiones, sin dejar de lado las ponderaciones técnicas del mismo. (Giménez-García, et al., 2015, pp. 2-4)

Otra manera para definir el bienestar en México es la que propone el (INEGI, 2011) con su perspectiva de evaluación de amplio uso:

“El bienestar, en general, es una medida multidimensional que abarca, aspectos económicos y servicios básicos como salud y educación. Pero debe contener, adicionalmente, dimensiones que midan las valoraciones y experiencias en la vida de las personas, por ejemplo: libertades políticas y sociales, derechos básicos, vínculos con la comunidad, percepciones de seguridad, entre otras, pues existe una serie de dimensiones dentro del bienestar que están vinculadas

directamente con la generación de capacidades y funcionalidades en las personas” citado por (Jaime, 2011, pág. 99).

En este sentido Dubois (2014) propone un análisis de los procesos de consecución del bienestar, ya que el logro de este no puede entenderse sin el funcionamiento del sistema social y económico orientado a este fin, lo que lleva a plantear que el modelo económico debe evaluarse según su capacidad o incapacidad para generar la prosperidad de la población.

Desde esta perspectiva macro, el estudio de los procesos de bienestar enfrentan dos grandes cuestiones a resolver: a) el garantizar que la actividad económica produzca cantidades suficientes de los bienes y servicios necesarios para satisfacer los requerimientos de una vida plena para sus miembros; b) comprometer la disponibilidad de bienes y servicios de una sociedad para las personas y los hogares a fin de permitir el acceso de todos los recursos imprescindibles para cubrir lo que se considere el umbral de la vida digna, es decir, del bienestar, (Dubois, 2014, págs. 1-89).

Por lo que se hace necesario como objetivo prioritario del patrón financiero imperante en un país, asegurar el acceso suficiente a los bienes y servicios de la población para que ésta pueda disfrutar de una vida digna. Entendiendo ésta de acuerdo a Sen, como:

“aquella que permite tener una vida saludable, de poder leer y adquirir conocimientos y disfrutar de una libertad política que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece y expresarse libremente, entre otras” citado por (Gutierrez-Garza, 2013, pág. 1).

En la revisión de los componentes del bienestar se han invocado la concurrencia posible de estados, acciones, transformaciones de las personas como facetas del bienestar, así también, el conjunto de dimensiones que lo conforman. En esta multidimensionalidad del bienestar, De la Torre (2011), puntualiza cinco dimensiones y sus representaciones: 1 Activos; recursos naturales, capitales: humano, físico, financiero, social, 2 Ingresos y transferencias, 3 Consumo; canasta alimentaria y no alimentaria, 4 Funcionamientos; estar saludable, leer y escribir, trabajo y ocio, participación política, seguridad, 5 bienestar subjetivo; satisfacción, sentimientos, emociones. (De la Torre, 2011, pp. 23-27)

Continuando en la vía de precisar aspectos del bienestar, Longhi (2020), propone un esquema conceptual según dimensiones del bienestar, en el contexto de salud, considera tres grandes componentes con sus respectivas expresiones; 1 Pobreza y educación, 2 Condiciones de vida y vivienda, 3 Salud y Calidad de vida. Este proceso conceptual relacionado a la multidimensionalidad del bienestar, no se tradujo en consensos para reunir criterios para la medición empírica, como en el caso de Sen (1997) quien postuló que el bienestar admitiría otros componentes; una vida larga y saludable, libertad política, el respeto a los derechos humanos, la seguridad personal y familiar, y la participación en la vida comunitaria. (Longhi, 2020, pp. 135-136)

Las propuestas de medición empírica de De la Torre (2011) y Longhi (2020) contrastan con lo presentado por Arita-Watanabe (2011) que muestra la realidad de organismos internacionales en sus mediciones de bienestar consideradas como equivalentes con las condiciones de vida de la colectividad, se deducen de la medida del crecimiento económico, explicado de la siguiente manera:

con análisis desde la macroeconomía se homogeneizaba a la población calculando índices a través de medidas estadísticas con cifras per cápita. Aún hoy día el bienestar se analiza “económicamente” a través de variables como el producto nacional bruto (PNB) y los niveles de consumo de bienes. (Arita-Watanabe, 2011, p. 10)

Con esta panorámica sobre cómo se concibe la calidad de vida desde esta óptica neoliberal, que analiza correlacionando el bienestar económico con algunos principios de equidad y justicia social. (Arita-Watanabe, 2011, p. 10)

Como contrapartida desde la sustentabilidad y el desarrollo humano surgen los trabajos de Nussbaum y Sen (1998), quienes definen el bienestar relacionado con la condición de (I.F.C) y se distancian de la concepción utilitarista haciendo uso del concepto de capacidad Sen (1988) con relación al desarrollo humano y la calidad de vida. Con esta perspectiva el Plan de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su programa de Desarrollo Humano (1991) utiliza un índice combinado que considera los niveles de ingreso, educación, así como la esperanza de vida de la colectividad. Dicho índice es evaluado cada año y contempla medidas objetivas de la capacidad de la población para cada país. (Arita-Watanabe, 2011, p. 12)

Con la revisión de los conceptos, formas de evaluación, relaciones del bienestar queda pendiente donde se circunscribe dentro de la norma y con qué elementos lo garantiza el Estado, para ese propósito resulta pertinente el aporte de Cárdenas (2017) en su definición y explicación de esta figura tan importante en nuestras vidas:

El concepto de Estado de bienestar ha cambiado en el tiempo y aún varía de un país a otro. Es posible, sin embargo, llegar a una definición general. Debido a que su elemento fundacional se encuentra en un pacto colectivo de solidaridad y reciprocidad, el Estado de bienestar parte de reconocer y garantizar los derechos económicos, sociales y culturales establecidos en las constituciones nacionales. Esto es lo que sustenta la inversión en desarrollo humano –educación y salud– y los sistemas de protección social frente a los riesgos (Cárdenas, 2017; Kerstenetzky, 2017). Citados por (Altamirano, 2020, p. 14).

La definición del Estado de bienestar es el conjunto de instituciones que protege a las personas de los riesgos sociales en distintas etapas de la vida y promueve el desarrollo humano. En otras palabras, compartimos el interés por ese rasgo adicional y actual del Estado del bienestar.

La obligación constitucional, política del Estado en desarrollarse como un Estado de bienestar fue abandonada, distorsionada o bien reducida a proporciones marginales durante los últimos años de gobiernos neoliberales, cuando su protección y seguridad social son vitales en la sociedad, desarrollar las diferentes categorías que conlleva el concepto de bienestar sin la estructura, financiamiento y continuidad de programas sociales, hacer efectivos los derechos humanos consagrados en la norma, quedaría en buenos deseos, si bien el despliegue de todos los aspectos que conlleva este importante capítulo que abarca la discusión de este ensayo. (Altamirano, 2020, pp. 8-14)

Reflexiones finales y propuestas

Por qué un debate sobre salud y bienestar confrontados con el modelo médico hegemónico, en la vía hacia un desarrollo sostenible donde las alianzas para lograr los ODS son una

necesidad, una estrategia orientada al éxito, un cambio de enfoque que no quede como una nueva utopía, en nuestro Estado de Guerrero estigmatizado por lacerantes condiciones de vida, de alimentación, salud, y rezago social, entre otras, como universitarios de este territorio y área de conocimiento, no debemos quedar ajenos a esta problemática, lo que nos llevó al abordaje del tercer objetivo de salud y bienestar de la Agenda 2030.

Por qué cuestionar el MMH si su orientación curativa, de adelantos científicos, alta tecnología hospitalaria y resolución de algunas enfermedades ha sido su emblema, su fundamento de procedimientos, técnicas, guías de práctica clínica, asentadas en la metodología de la ciencia con una larga tradición en su recorrido.

En sus ventajas no ha habido espacio para abrirse a otros paradigmas que enriquecen el proceso salud-enfermedad, su dirección biologicista, entendida como; *la naturaleza humana está determinada por nuestros genes, implicando que las causas de los fenómenos sociales se hallan en la biología como los actores individuales en una escena social y que los fenómenos sociales son la suma de los comportamientos de los individuos.*

Este MMH estructurado en tres niveles de atención médica, donde el primero corresponde a los consultorios de primer contacto sin hospitalización y son quienes atienden por norma al menos el 85% de la atención médica del sistema de salud; los restantes niveles son en esencia hospitalarios, el segundo debe atender el 12% y tercer nivel 3% donde se ubican los institutos nacionales y centros médicos nacionales. Cuando se trata del financiamiento el tercero se lleva el 55%, el segundo el 35% y el primero 10%, exhibiéndose una grave incongruencia e injusticia del sistema de salud que se traslada a la sociedad en su conjunto.

Ahí se demuestra lo oneroso de este modelo, su olvido por las acciones de salud del primer nivel que además de ser en mayor proporción 85% de atención médica, en la misma línea esta su responsabilidad social de prevención, promoción, fomento, educación para la salud, trabajo comunitario con familias, cobertura de vacunación, detección preventiva de enfermedades, entre otras, con el exiguo presupuesto y la falta de valoración de estas actividades, las resultantes saltan a la vista.

Es precisamente en este 1er. Nivel de atención donde se ubica el 3er. ODS de salud y bienestar, tendrá el desafío de bajo, ínfimo presupuesto para las anteriores funciones, más las nuevas estrategias que se promuevan, sin material, equipo, insumos suficientes, ni el personal calificado para desplegar el mencionado ODS, la salud colectiva y el bienestar en estas condiciones no tendrán un pronóstico muy favorable, por lo que surge la idea de formar profesionales tanto a nivel de pregrado como de posgrado que aborden esta tarea y se encuadren en el modelo de Atención Primaria a la Salud que incluye todas las aspiraciones en esta trayectoria.

Las escuelas de medicina son construcciones sociales y la educación médica es una práctica social, entre sus objetivos esta contribuir al estado de salud de la población, considerando también; la concepción integral de la salud, integración docencia, asistencia e investigación (Bello-Rodríguez, 2011, p. 810).

Villalobos-Aguayo (2018) refiere sobre el derecho de generar una formación universitaria de calidad, integral, humana y crítica, dirigida al fortalecimiento del bien común, para lograr desarrollo territorial, incluyente y sostenible.

Se admite que no se puede negar el cuidado requerido por el enfermo, ni el abandono del método clínico, más bien se propone un equilibrio entre actividades de trabajo comunitario de promoción y educación en salud que incidan en el bienestar y desarrollo, con las de atención clínica convencionales. (Pupo-Ávila, 2017, p. 222)

Con estos principios educativos presentes para la propuesta de salud y bienestar se complementan con la necesidad de contribuir a cambiar la situación del MMH. Las propuestas alternativas ya han sido estudiadas por diferentes corrientes del pensamiento, cuando la propia OMS propone la atención de las DSS, se tiene la experiencia positiva en Canadá de sus resultados exitosos, cuando en cuatro países latinoamericanos se ha probado exitosamente el modelo de atención primaria a la salud que ha respondido al pensamiento de la determinación social de la salud como derecho universal.

Referencias

Almaguer-González, José Alejandro. G.-R. H. V.-V. V., (2014) EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD Y SUS APORTES PARA UNA REVISIÓN DE LOS PARADIGMAS EN EL CAMPO DE LA SALUD. En: D. ©. S. d. Salud, ed. *INTERCULTURALIDAD EN SALUD Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México, D.F: Programa Editorial del Gobierno de la República., pp. 1-281.

Altamirano, Melina. e. a., (2020) *Hacia un Estado de bienestar para México*. 1a. ed. Ciudad de México, México: D.R. © 2020, El Colegio de México, A.C..

Arita-Watanabe, B., (2011) La Calidad de Vida: eje del bienestar y el desarrollo sostenible. *HOLOGRAMATICA – facultad de Ciencias Sociales – UNLZ –*, V1(15), pp. 3-34.

Bello-Rodríguez, B. B.-P. E. S.-C. G. F.-M. J. F.-A. A. & D.-P. L., (2011) La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. „ *Revista Médica Electrónica*, 33(6), pp. 807-816..

Benítez-Ampudia, J., (2010) Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gazeta de Antropología*, 26(2), pp. 1-8.

Brundtland, Gro Harlem., (2002) SALUD Y DESARROLLO SOSTENIBLE. *ICE DESARROLLO SOSTENIBLE*, pp. 173-179.

Carbone-Campoverde, F. y c., (2019) Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro. *An Fac med.* , 80(2), pp. 222-228.

Cardona-Arias, J., (2016) Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica.. *Arch Med (Manizales)*, 16(1), pp. 183-191.

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

Casas-Zamora, J., (2002) Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11(5/6), pp. 397-408.

CEPAL, (2016) *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Consejo-Nacional-de-Evaluación-de-la-Política-de-Desarrollo-Social, (2020) *Informe de pobreza y evaluación 2020*. Guerrero., Ciudad de México: CONEVAL, 2020.

DelaTorre, R., (2011) Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. *REALIDAD, DATOS Y ESPACIO REVISTA INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA*, 2(1), pp. 18-35.

Deneulin, S., (2006) PUBLIC GOODS, GLOBAL PUBLIC GOODS AND THE COMMON GOOD.. *WeD Working Paper*, pp. 1-28.

Di-Paola, (2015) OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE: ¿OPORTUNIDAD O DESENCANTO?. Fortalezas y desafíos en su proceso de construcción global. *INFORME AMBIENTAL ANUAL 2015 FARN*, pp. 115-134.

Dubois, (2008) El debate sobre el enfoque de las capacidades: Las capacidades colectivas. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, pp. 35-63.

Dubois, (2014) *Marco teórico y metodológico del Desarrollo Humano Local (versión abreviada)*. San Sebastián, Bilbao: UPV/EHU.

Fernández-López, J. , F. M. y. A. C., (2010) LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA, SALUD Y BIENESTAR ANALIZADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO (CIF). *Rev Esp Salud Pública*, 84(2), pp. 169-184.

García-Carriña, (2017) Perspectivas historico-sociales del paradigma de la salud. *REVISTA CON-CIENCIA*, 5(2), pp. 63-77.

García-Rodríguez, J. F., García-Fariñas, A., Priego-Hernández, O. & Martínez-Pérez, L., (2017) Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano. *Salud en Tabasco*, 23(1-2), pp. 44-47.

García-Vega, José de Jesús. & Sales-Heredia, F., (2011) *Bienestar y calidad de vida en México*. Primera edición ed. México, D.F.: D.R. © Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.

Giménez-García, V., FJ, A.-C. & JCL, N.-C., (2015) El bienestar social en México: El uso eficiente de los recursos en educación, salud e ingreso, Madrid: <https://dialnet.unirioja.es> › 06/05/2021 › artículo.

Gómez-Arias, R., (2018) ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.*, 36((Supl 1)), pp. 64-102.

Gutierrez-Garza, (2013) Desarrollo Humano Sustentable y la Equidad en Salud en México. *Pacarina del Sur. Revista del Pensamiento Crítico Latinoamericano*, pp. 1-5.

Hernández-Mejía, R., (2015) LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR SOCIAL. *revistadecooperacion.com*, 1(6), pp. 59-61.

Jaime, (2011) La evaluación del bienestar en México. Una perspectiva desde las organizaciones de la sociedad civil. *REALIDAD, DATOS Y ESPACIO. REVISTA INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA*, pp. 1-212.

Liborio, M., (2013) ¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA?. *Rev. Méd. Rosario*, 79(1), pp. 136-141.

Linares-Pérez, N., (2015) Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), pp. 94-114.

Longhi, F., (2020) Condiciones de vida y contextos de salud. Un análisis territorial aplicado a la población argentina (2001-2010).. *Huellas*, 24(1), pp. 133-156.

Madariaga, C., (2008) INTERCULARIDAD, SALUD Y DERECHOS HUMANOS: HACIA UN CAMBIO EPISTEMOLÓGICOMadariaga. *Reflexión*, 1(36), pp. 1-5.

Madrid, L. B., (2010) <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>. [En línea] Available at: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5641/ev.5641.pdf [Último acceso: 16 05 2021].

Mata-Orozco, M. y otros, 2106. ENFOQUES EMERGENTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA: UNA MIRADA DESDE LA TRANSDISCIPLINARIEDAD.. *Comunidad y Salud*, 14(2), pp. 50-62.

Menéndez, E., (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 185-207.

Menéndez, E., (2008) Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, XX(2), pp. 5-50.

Morales-Borrero, Carolina., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C. & Concha-Sánchez, S. C., (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. salud pública.*, 15(6), pp. 797-808.

Muñoz, S., (2011) Salud y desarrollo en el contexto Latinoamericano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), pp. 167-174.

Muñoz, S., (2011) SALUD Y DESARROLLO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO.. *Revista Cubana Salud Pública*, 37(2), pp. 167-174.

Naciones-Unidas, (2018) La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 1a. ed. Santiago: Impreso en Naciones Unidas, Santiago.

Navarro-Chávez, J., (2016) Generación de bienestar social en México: un estudio DEA a partir del IDH. *Economía, Sociedad y Territorio*, XVI(52), pp. 591-621.

Nusbaum&Sen, (1998) *La Calidad de Vida*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.

Paguay-Moreno, A., (2020) UASB-DIGITAL, Repositorio Institucional del Organismo de la Comunidad Andina, CAN. [En línea]

Available at: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7572> [Último acceso: 22 04 2021].

PERÚ-Ministerio-de-Salud, (2020) DOCUMENTO TÉCNICO: MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA PARA LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD (MCI). [En línea]

Available at: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf> [Último acceso: 19 05 2021].

Picazzo, E., (2011) La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios Sociales*, 19(37), pp. 254-279.

PNUD, 2014. *Informe sobre Desarrollo Humano*, Nueva York, USA: Communications Development Incorporated, Washington DC, EE.UU.

Pupo-Ávila, N. H.-G. L. P.-L. C., (2017) La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* , 33(2), pp. 218-229.

Rojas-Ochoa, F., (2004) El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública v.30 n.3*, 30(3).

Sen, A., (2002) Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 11(5), pp. 302-309.

Sen, Amartya., (1999) *Desarrollo y libertad*. México, D.F: Planeta Mexicana. S.A. de C. V .

Sen, Amartya., (2000) *Desarrollo Humano Sustentable y la Equidad en Salud en México*. 1a. ed. Barcelona: Planeta.

Sosa, M., (2014) La Salud de las Poblaciones y el Desarrollo Sostenible. [En línea] Available at: https://www.researchgate.net/publication/272089174_La_Salud_de_las_Poblaciones_y_el_Desarrollo_Sostenible. [Último acceso: 15 05 2021].

Uribe, (2004) Desarrollo social y bienestar. *Universitas Humanística*, pp. 11-25.

Véliz-Burgos, A., (2020) Salud y bienestar: un campo multidisciplinario. *REVISTA 100-Cs* , 6(2), pp. 15-20.

Villarreal-Santiago, M., (2018) *Physio Villarreal*. 2018.. [En línea] Available at: <https://www.neurocienciadeldolor.com/publico-general/la-crisis-en-salud-y-la-inminente-necesidad-de-un-nuevo-modelo-de-atencion/> [Último acceso: 20 05 2021].

Villalobos-Aguayo, Patricia., (2018) LA AGENDA PENDIENTE PARA LA SUSTENTABILIDAD EDUCATIVA LA FORMACIÓN DE SUJETOS CRÍTICOS PARA EL DESARROLLO. En: <http://ru.iiec.unam.mx/4419/>, ed. *VOLUMEN V DE LA COLECCIÓN: AGENDA PÚBLICA PARA EL DESARROLLO REGIONAL, LA METROPOLIZACIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD.*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional A.C, Coeditores, México. ISBN UNAM: 978-607-30-0974-4, ISBN AMECIDER:, pp. 306-321.

