



Derecho a la salud en las metrópolis

Right to health in the metropolis

Magdiel GÓMEZ MUÑIZ¹

Universidad de Guadalajara – CUCiénega

Ocotlán, Jalisco. México

<https://orcid.org/0000-0002-0709-3460>

magdiel.gmuniz@academicos.udg.mx

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/5846>

DOI : 10.25965/trahs.5846

Licence : CC BY-NC-SA 4.0 International

Resumen: En las metrópolis del mundo, el derecho a la salud adquiere una relevancia especial. Este principio fundamental, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, establece que todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Sin embargo, en los complejos entornos urbanos, el acceso equitativo a servicios de salud de calidad puede ser un desafío. La diversidad de población, las disparidades socioeconómicas y la infraestructura heterogénea son solo algunos de los factores que influyen en la capacidad de las personas para acceder a la atención médica adecuada. Para garantizar el derecho a la salud en las metrópolis, es crucial abordar varios aspectos. En primer lugar, se requiere un acceso equitativo a servicios de salud para todos los habitantes, independientemente de su origen étnico, situación económica o ubicación geográfica dentro de la ciudad. Además, las metrópolis deben contar con una infraestructura de salud robusta que incluya hospitales, centros de salud y clínicas distribuidos de manera equitativa en toda la ciudad, asegurando que nadie quede excluido. También es esencial implementar políticas y programas destinados a promover estilos de vida saludables, prevenir enfermedades y abordar los determinantes sociales de la salud, como la vivienda y la educación. Finalmente, la participación comunitaria juega un papel clave en la planificación y ejecución de medidas relacionadas con la salud en las metrópolis, asegurando que se tengan en cuenta las necesidades y preocupaciones de todos los grupos de la sociedad. En resumen, el derecho a la salud en las metrópolis implica abordar desafíos complejos para garantizar el bienestar colectivo de sus habitantes.

Palabras clave: derecho a la salud, Estado, gobernanza, metrópoli, salud pública

Résumé : Dans les métropoles mondiales, le droit à la santé revêt une importance particulière. Ce principe fondamental, inscrit dans de nombreux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, stipule que toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable

¹ Profesor Investigador Tiempo Completo de la Universidad de Guadalajara (UdeG). Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel 1 (SNII 1 - CONAHCYT). Perfil Deseable PRODEP-CONAHCYT. Coordinador del Doctorado en Ciencia Política y Jefe del Departamento de Estudios Económicos e Internacionales del Centro Universitario de la Ciénega (CUCiénega-UdeG). Integrante del Cuerpo Académico Consolidado UDG-CA-562: Educación, Políticas Públicas y Desarrollo Regional. Integrante de: Red Internacional América Latina, África, Europa y el Caribe (Red ALEC); Laboratorio de Estudios Metropolitanos (LEMmet-ColJal).

d'atteindre. Toutefois, dans les environnements urbains complexes, l'accès équitable à des services de santé de qualité peut s'avérer difficile. La diversité de la population, les disparités socio-économiques et l'hétérogénéité des infrastructures ne sont que quelques-uns des facteurs qui influencent la capacité des gens à accéder à des soins de santé adéquats. Pour garantir le droit à la santé dans les métropoles, il est essentiel d'aborder plusieurs aspects. Tout d'abord, un accès équitable aux services de santé est nécessaire pour tous les habitants, indépendamment de leur appartenance ethnique, de leur statut économique ou de leur situation géographique au sein de la ville. En outre, les métropoles doivent disposer d'une infrastructure sanitaire solide comprenant des hôpitaux, des centres de santé et des cliniques répartis équitablement sur l'ensemble du territoire, de manière à ce que personne ne soit exclu. Il est également essentiel de mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à promouvoir des modes de vie sains, à prévenir les maladies et à agir sur les déterminants sociaux de la santé, tels que le logement et l'éducation. Enfin, la participation communautaire joue un rôle clé dans la planification et la mise en œuvre des mesures liées à la santé dans les métropoles, en veillant à ce que les besoins et les préoccupations de tous les groupes de la société soient pris en compte. En résumé, le droit à la santé dans les métropoles implique de relever des défis complexes pour assurer le bien-être collectif de leurs habitants.

Mots clés : droit à la santé, État, gouvernance, métropole, santé publique

Resumo: Nas metrópoles do mundo, o direito à saúde assume uma importância especial. Este princípio fundamental, consagrado em numerosos tratados internacionais de direitos humanos, afirma que todas as pessoas têm o direito de gozar do mais elevado nível possível de saúde física e mental. No entanto, em contextos urbanos complexos, o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade pode constituir um desafio. A diversidade da população, as disparidades socioeconômicas e a heterogeneidade das infra-estruturas são apenas alguns dos factores que influenciam a capacidade das pessoas para acederem a cuidados de saúde adequados. Para garantir o direito à saúde nas metrópoles, é fundamental abordar vários aspectos. Em primeiro lugar, é necessário um acesso equitativo aos serviços de saúde para todos os habitantes, independentemente da sua etnia, estatuto económico ou localização geográfica na cidade. Além disso, as metrópoles devem ter uma infraestrutura de saúde robusta que inclua hospitais, centros de saúde e clínicas distribuídos equitativamente pela cidade, garantindo que ninguém é excluído. É também essencial implementar políticas e programas destinados a promover estilos de vida saudáveis, prevenir doenças e abordar os determinantes sociais da saúde, como a habitação e a educação. Finalmente, a participação da comunidade desempenha um papel fundamental no planeamento e implementação de medidas relacionadas com a saúde nas metrópoles, garantindo que as necessidades e preocupações de todos os grupos da sociedade são tidas em conta. Em suma, o direito à saúde nas metrópoles implica enfrentar desafios complexos para garantir o bem-estar coletivo dos seus habitantes.

Palavras chave: direito à saúde, Estado, governação, metrópole, saúde pública

Abstract: In the world's metropolises, the right to health takes on special relevance. This fundamental principle, enshrined in numerous international human rights treaties, states that everyone has the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. However, in complex urban environments, equitable access to quality health services can be a challenge. Population diversity, socioeconomic disparities, and heterogeneous infrastructure are just some of the factors that influence people's ability to access adequate health care. To guarantee the right to health in metropolises, it is crucial to address several aspects. First,

equitable access to health services is required for all inhabitants, regardless of their ethnicity, economic status or geographic location within the city. In addition, metropolises must have a robust health infrastructure that includes hospitals, health centers and clinics distributed equitably throughout the city, ensuring that no one is excluded. It is also essential to implement policies and programs aimed at promoting healthy lifestyles, preventing disease and addressing the social determinants of health, such as housing and education. Finally, community participation plays a key role in the planning and implementation of health-related measures in metropolises, ensuring that the needs and concerns of all groups in society are taken into account. In summary, the right to health in metropolises involves addressing complex challenges to ensure the collective well-being of their inhabitants.

Keywords: right to health, State, governance, metropolis, public health

Introducción

[...] para la mayoría de los mexicanos ni las condiciones de salud ni el acceso a los servicios se encuentran satisfechas
(López Arellano, López Moreno, Moreno Altamirano, 2015: 51).

El presente artículo tiene por objetivo clarificar los enfoques de gobernanza metropolitana para la consecución de servicios de salud óptimos dentro de extensiones territoriales con una visión de traza de ciudad que considere, al menos un par de décadas, en las que se garanticen las condiciones mínimas de bienestar para los diferentes cohortes generacionales y grupos minoritarios que habitan en estas composiciones geográficas. Es por ello que la composición del documento se divide en dos grandes apartados: a) el de planeación urbana, y; b) la salud como un Derecho Humano que debe garantizar el Estado. Desde esta dualidad es que las expectativas que corren los países latinoamericanos distan mucho del deber ser de una metrópoli proclive a consolidación democrática desde lo transdisciplinar y decisiones horizontales incluyentes.

Por lo anterior señalado, es importante subrayar que, además de los desafíos generales de acceso a la salud, las ciudades enfrentan problemas únicos debido a su alta densidad de población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la concentración de personas en las áreas urbanas puede exacerbar la propagación de enfermedades infecciosas y aumentar la presión sobre los sistemas de salud" (2020). Esto conduce a una mayor demanda de servicios integrales y a la necesidad de estrategias específicas para abordar la salud pública en entornos urbanos. En últimas décadas las ciudades se han convertido en desarrollos muy proclives en producir fragmentaciones, además de erosionar las estructuras institucionales para brindar los servicios de forma eficiente y equitativa.

Asimismo, Shafik (2023: 101), señala que el bienestar subjetivo (salud física y mental) es la cima de los objetivos mundiales entorno a la felicidad, por ello es que se debe focalizar la atención a desarrollar puentes de control en proporcionar una calidad de atención sanitaria en la población. Por señalar un caso, la movilidad urbana también dificulta el acceso a la atención médica para algunos ciudadanos, especialmente aquellos que viven en áreas periféricas o de difícil acceso. Las personas que residen en zonas urbanas alejadas o con conexiones de transporte deficientes se encuentran con obstáculos importantes al intentar acceder a servicios médicos, principalmente a causa de la ausencia de medios de transporte fiables; si bien es cierto que el objetivo es facilitar el desarrollo social, los mecanismos de la agenda pública se alejan mucho de garantizar una movilidad funcional, además de la inversión racional de los recursos públicos para eficientar costos en los distintos órdenes de gobierno, coincidiendo esencialmente en elevar la calidad de vida y el bienestar social "no hay sociedad que no incorpore de algún modo la sanidad en su contrato social²" (Shafik, 2023: 101).

Es decir, desde un enfoque metodológico, planear las metrópolis es una labor toral de los gobiernos locales, razón por la cual, se constituyen comisiones legislativas destinadas a entender a la planificación urbana como una herramienta crucial para los líderes locales en las ciudades, lo que permite avanzar hacia un desarrollo sostenible. La integración de la salud como objetivo debería ser un elemento ineludible del urbanismo del futuro, que se está redefiniendo en estos momentos

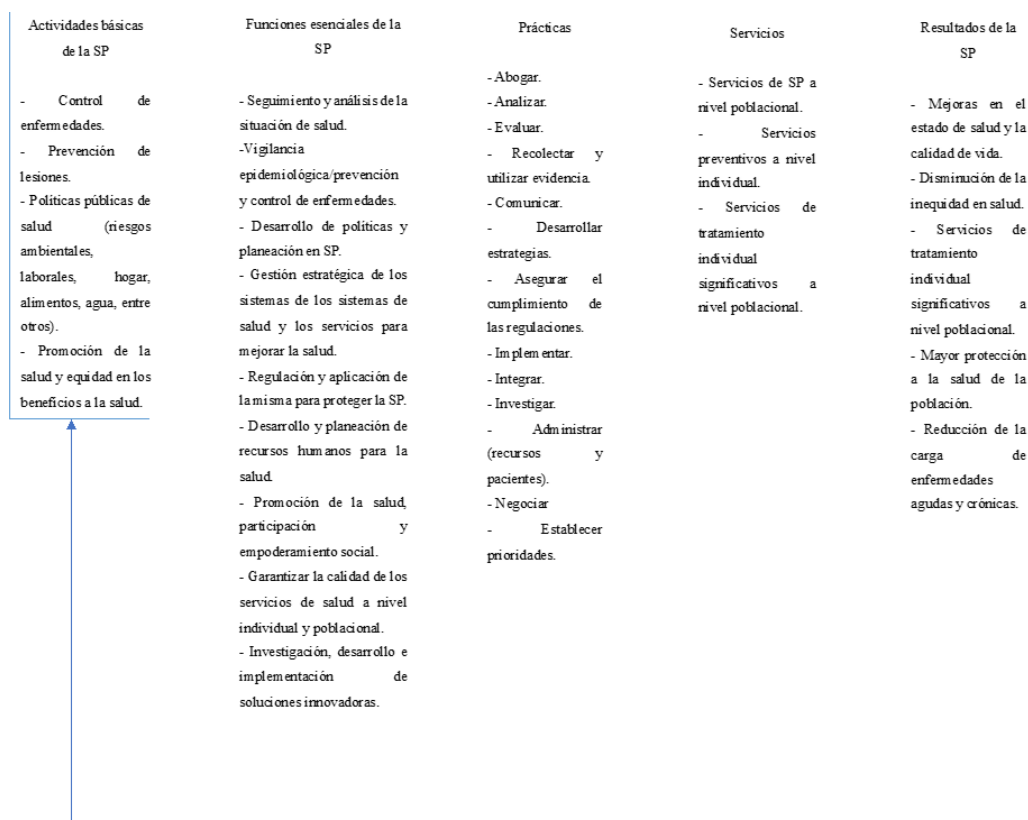
² Contrato social hace referencia a las normas que establece el funcionamiento de las instituciones y/o sistemas, es el "factor determinante más importante del tipo de vida que vivimos" (Shafik, 2023: 18).

(Gerez Valls y Velázquez Valoria, 2008: 71). Para los gobernantes la planeación habilita la formulación de objetivos a medio y largo plazo que conforman una visión colectiva con la gestión eficiente de recursos para lograrla.

De esta forma, partir desde una visión de políticas públicas racionales, la planificación, optimiza el uso de los presupuestos municipales y es tendiente a armonizar las necesidades de crecimiento con la protección ambiental: “el proceso de urbanización está particularmente implicado en el aumento de enfermedades, infecciones desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores y comorbilidades no transmisibles” (De Titto y Lazovski, 2023: 58). Sin duda, planear desde un enfoque de políticas públicas, contribuye a distribuir equitativamente el desarrollo económico en un área específica para alcanzar metas sociales, y fomenta la creación de colaboraciones entre gobiernos locales, el sector privado y la sociedad en general.

Para las administraciones públicas, diversos estudios sobre políticas públicas incentivan a la implementación de un modelo de integración de las funciones de la salud pública, la gobernanza y la administración (esta trilogía funcional) garantiza una ruta de navegación con la que se puede decidir un trazado para la toma de decisiones desde un árbol de arbitrajes complejos con diferentes variables para la toma de decisiones y gestión colectiva, a saber:

Figura 1. Modelo de integración de las funciones de la Salud Pública (SP).
 Gobernanza y administración



Fuente: elaboración propia, con base en: Lazcano Ponce, Martínez Montañez, Charvel y Hernández Ávila, 2013: 27.

No obstante que la *figura 1* constituye un método con bastante potencial para identificar las áreas con las que se pueden resolver procesos públicos de salud, se recomienda favorecer el mapeo de problemas desde cada una de las variables, para

confeccionar supuestos acerca del comportamiento y la cognición de herramientas racionales basadas en paradigmas alejados de incertidumbre y conflicto.

Las condiciones sobre las que se construyen las soluciones se adhieren en la idea de identificar la disponibilidad de recursos para dar mayor cobertura en el campo de la salud a todos aquellos ciudadanos que, pese a que se encuentren muy distantes de las centralidades metropolitanas, suponen la valoración de los Derechos Humanos como una variable innegable pese a lo heterogéneo del territorio. “En términos de salud, el código postal es más importante que el código genético” (Higueras García y Román López, 2020:17) - por mencionar un caso: la conectividad en Zonas de Atención Prioritaria (ZAP), ruralidades, conurbaciones, metrópolis interestatales y sus diferentes fronteras que, para ninguna de las anteriores, la estabilidad de la red digital es garantía.

Conectividad y salud metropolitana

Señalado lo anterior, las metrópolis latinoamericanas están adoptando cada vez más tecnologías innovadoras para abordar los desafíos de salud urbana. Los avances en tecnología digital, tales como la telemedicina y las aplicaciones móviles de salud, están revolucionando la manera en que se brindan los servicios prioritarios en ecosistemas urbanos.

Esto se vierte en acuerdos institucionales con diseños de cooperación intermunicipal-regional y criterios de responsabilidad social, donde la búsqueda de equilibrios sirva para estimular una gobernanza en la que la autoridad consolide categorías mínimas tendientes al óptimo de seguridad humana. Traducido en herramientas, la internet (bajo este enfoque de la telemedicina) exige una cobertura red de señal mínima para los dispositivos móviles. Es por ello que, los enfoques elásticos y multidisciplinarios se vuelven indispensables para optimizar los recursos públicos y propiciar visiones a corto y mediano plazo en la que la atención médica sea más fácil y flexible.

Es importante destacar que, la planificación urbana también tiene un impacto directo en la salud de los habitantes de las ciudades. Un diseño urbano bien planificado puede promover estilos de vida activos y saludables. La tendencia es facilitar el acceso a espacios verdes, áreas recreativas y opciones de transporte sostenible como ciclovías y peatonales; pese a que, no se han alcanzado las rentabilidades de agendas verdes resilientes con soporte en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), “el futuro que queremos incluye a ciudades de oportunidades, con acceso a servicios básicos, energía, vivienda, transporte y más facilidades para todos” (Naciones Unidas, 2018:51). Es por ello que la planificación adecuada puede ayudar a reducir la contaminación del aire y del agua, mitigar el ruido y crear entornos más seguros; sobre todo detonar la salud como una fuente fundamental de los Derechos Humanos, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población urbana. Por lo tanto, integrar consideraciones de salud pública en los procesos de planificación urbana es esencial para crear ciudades más saludables y equitativas para todos sus residentes.

Además, las metrópolis están reconociendo cada vez más la importancia de abordar las causas subyacentes de las disparidades en la salud. Según un informe de la Comisión de Equidad en Salud de la OMS, “las políticas y programas que abordan los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la falta de vivienda y la discriminación, son fundamentales para mejorar la salud de todos los residentes urbanos” (OMS, 2019).

Tabla 1. Diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección de la Salud

Derecho a la salud	Derecho a la protección de la salud
<p>Determinantes sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la alimentación • Derecho a la educación • Derecho al trabajo digno • Derecho a la vivienda adecuada • Derecho a la seguridad social 	<p>Servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibles • Efectivos • Seguros • Calidad • Aceptables
Exigibilidad centrada en el cumplimiento de los derechos concurrentes.	Exigibilidad centrada en la prestación de los servicios de salud.

Fuente: elaboración propia, con base en: López Arellano, López Moreno, Moreno Altamirano, 2015: 63

De lo anterior se puede sostener que los diversos enfoques sobre Derechos Humanos llevan implícita una lógica relacional entre el derecho a la salud y la protección de esta, desde procedimientos que buscan aplicar modelos de integración donde se incluyan periferias territoriales y centralidades hiper-explotadas, desde esta lógica dual y bajo categorías neo-pluralistas que incentiven puntos de partida con aportaciones para poner acentos en políticas y modelos con reconocimiento al desempeño. La explicación funcional es que los gobiernos deben garantizar ambas columnas de la *tabla 1*, bajo el máximo interés de metas nacionalmente motivadas para contribuir en funciones sociales de control y comportamiento organizacional eficaz.

Cabe hacer mención que mientras la implementación de políticas públicas dependa de una teoría que se enmarque en la maximización de intereses colectivos; la posibilidad de tener utilidades y vías para el sostenimiento de programas de salud efectivo, se debe apostar por postulados que prometan un incremento en la cobertura y una reducción del gasto público.

Los ciudadanos no son objeto, sino sujetos: sujetos de su propio barrio, de sus propias calles, de sus plazas, de su propia urbe diversa y multifacética, en la que no circulan ideas sin debate. Sólo del debate sale la luz y la movilización espontánea de los ciudadanos en pos de la salubridad, y de entre ellos surge el carisma, la imaginación, la identificación de un proyecto con líderes de opinión y conciencia urbana (Rosales Estrada, Julián Agüero, Quiroz Cuenca, 2013: 53).

Por lo anterior, es fundamental el principal enfoque de Derechos Humanos que es el empoderamiento de las personas, el cual no se logra únicamente reconociéndolas como titulares de derechos, sino también mediante la implementación de mecanismos que les posibiliten participar en la elaboración e implementación de políticas públicas y acceder a recursos legales cuando sus derechos no son respetados.

Marco legal mexicano

El Derecho a la Salud, consagrado en el Artículo 4º de la Constitución Política Mexicana por medio del Diario Oficial de la Federación (DOF), tiene una composición fenomenológica que se circunscribe en el campo de los Derechos Humanos y que garantiza un debate integral para sostener que en el territorio mexicano se den las condiciones indispensables para garantizar equidad y calidad en los servicios. Lo anterior, a la letra dice:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (DOF, 1917/2024: 10).

Por tanto, es responsabilidad del Estado garantizar la protección de la salud de todas las personas. La legislación correspondiente establecerá las bases y modalidades para acceder a los servicios de salud.

Tabla 2. Funciones esenciales en los contextos jurídicos

Funciones esenciales de la salud pública
1. El monitoreo, evacuación y análisis del estado de salud de la población.
2. La vigilancia, investigación y control de riesgos y las amenazas para la salud pública.
3. La promoción de la salud.
4. El aseguramiento de la participación social en salud.
5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión.
6. Regulación y fiscalización en salud pública.
7. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos en salud pública.
8. Investigación en salud pública.

Fuente: elaboración propia, con base en: Lazcano Ponce, Martínez Montañez, Charvel y Hernández Ávila, 2013: 23-26.

Un argumento clave sobre las dimensiones jurídicas, es que sustenta la nueva visión de obligatoriedad del sector público para la protección de sus habitantes y encuentra eco desde una retórica de humanismo como algo que detona intereses que motivan un sentido de responsabilidad en contextos del Estado de Derecho con niveles aceptables de agendas públicas funcionales.

La Ley tutela los intereses de la población bajo estrategias que fortalezcan el papel de las políticas públicas para incrementar la cobertura de servicios y descentralización de las responsabilidades sanitarias; así como la carga laboral y transferencia de funciones que concuerden con la geopolítica de salud, desde

agencias y unidades administrativas de gobierno que apunten al bienestar individual, sin afectar las economías domésticas.

La problemática de la urbanización y modernización de los países aunada a la crisis económica y social que afecta a Latinoamérica, es factor desencadenante de cambios importantes en el modo de vida de sus habitantes que se reflejan en el consumo de alimentos, ya que es muy dependiente de la disponibilidad del ingreso (Pérez, 2003, párr. 26).

Es por ello que un aumento presupuestal, desde irreductibles constitucionales, propicia grandes diferencias en cuanto al grado o nivel de los estados y el bienestar desde modelos explicativos de salud que favorecen tendencias para relaciones de legitimidad, comunidad e identidad, particularmente en modalidades contractuales de control, en situaciones post pandemia.

Por mencionar una escala latinoamericana, los países con un significativo sentido de cobertura de salud, evidencian procesos estructurados, desde la modificación de filtros racionales para adoptar una reforma del Estado sobre la idea de modelos precisos, productores de tecnoestructura sanitaria. A continuación, la *tabla 3*, intitulado países latinoamericanos con los mejores sistemas de atención médica con enfoque de políticas públicas inclusivas:

Tabla 3. Países latinoamericanos con los mejores sistemas de atención médica

Rango	País	Infraestructura médica y profesional	Disponibilidad y costos de medicamentos	Preparación del gobierno	Índice de atención médica (general)
38	Brasil	85.38	64.9	72.19	43.06
45	México	71.55	57.07	65.42	41.63
47	Costa Rica	89.83	65.29	87.57	39.85
62	Panamá	74.26	56.1	80.07	36.74
63	Uruguay	69.21	53.29	52,97	36.31
65	Venezuela	97.4	68.59	92,72	35.96
67	Argentina	77.18	57.08	72,25	35.64
70	Puerto Rico	69.92	53.1	51.23	35.16
71	República Dominicana	89.14	70.55	89.2	35.09
72	Ecuador	66.12	51.05	62.85	34.97
80	Perú	75.32	55.16	58.24	33.65
81	Colombia	68.87	51.69	53.55	33.38
86	Chile	77.8	56.06	59.35	32.88

93	Guatemala	69.9	51.41	51.41	27.9
106	Bolivia	64.2	49.6	47.96	22.3
107	Paraguay	64	49.25	47.73	21.9
109	Honduras	63.4	49.15	46.58	19.6
110	El Salvador	62.6	48.96	46.22	18.6

* Se consideran solo los países de América Latina en orden de prelación del 1 al 110.

Fuente: elaboración propia, con base en: Dimitropoulou, 2023, CEOWORLD Magazine

En gran medida el listado donde predominan los países latinoamericanos en media tabla, exige un viraje de enfoque de análisis institucional que comprenda capítulos económicos, políticos y de garantía sanitaria para *paliar* tensiones desde objetivos formales emanados por la ley y que obligan a los gobiernos en turno a movilizar recursos humanos, técnicos y materiales para enfrentar los problemas y las presiones sociales desde la cobertura básica de salud.

De lo anterior se desprende una característica que redefine al concepto de salud pública, para poner énfasis en la siguiente definición:

Conceptualizar a la salud pública como una disciplina o una especialidad médica no sería correcto. La salud pública no cuenta con un campo de conocimiento específico, sino que se desarrolla bajo un abordaje interdisciplinario, integrando e innovando diferentes enfoques metodológicos con un objetivo principal, incidir sobre los problemas de salud de las comunidades (Lazcano Ponce, Martínez Montañez, Charvel y Hernández Ávila, 2013: 2).

Siguiendo con los postulados de Lazcano Ponce, et al. (2013), el enfoque de la salud pública se centra en influir en los factores sociales y económicos que influyen en la salud y la enfermedad, fomentar la igualdad en el acceso a la atención médica, y adoptar un enfoque participativo, inclusivo e intersectorial en todas las etapas de planificación, implementación y ejecución. La salud pública ha emergido como un componente esencial de los esfuerzos gubernamentales orientados a mejorar el bienestar y el progreso de las poblaciones.

Asimismo, la promoción de la salud implica un proceso político y social que busca mejorar y preservar la salud tanto a nivel individual como comunitario. Este proceso se centra en proporcionar a las personas los recursos necesarios para mejorar su salud y tener un mayor control sobre ella. Se reconoce que la salud de una población es un fenómeno complejo y dinámico, influenciado por una serie de factores, que van desde intervenciones médicas dirigidas a individuos hasta cambios en el ámbito social, económico, cultural y político que afectan las condiciones de vida y los estilos de vida de una comunidad.

La *tabla 4*, sugiere un subconjunto de elementos que forman parte de posibilidades de intervención para la reducción de riesgos de mortalidad fijadas en la Nueva Agenda Urbana (NAU), en la que se requerirá alcanzar metas al 2030, con un rendimiento del gasto en materia de inversión sanitaria, infraestructura hospitalaria

y eficiencia médica desde perfiles que contribuyan una salud ontológica, específicamente desde la prevención.

Tabla 4. Actividades para la promoción de la salud

1. Acciones dirigidas a las personas como:	2. Acciones dirigidas a la comunidad	3. Acciones dirigidas al país
<ul style="list-style-type: none"> a) Vacunación universal. b) Detección temprana para cáncer cervical y mamario. c) Consejería para modificar estilos de vida riesgosos y promover el uso de condón. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Capacitación para la organización de comités locales de salud. b) Actividades comunitarias para fumigación y recolección de basura para prevención y control de dengue. c) Sensibilización y capacitación a autoridades municipales para incluir programas de alcoholimetría. d) Programas comunitarios para fomentar la actividad física y la buena alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Legislación para apoyar las restricciones al consumo de cigarrillo en sitios públicos. b) Impuestos para desincentivar el consumo de cigarrillos. c) Legislación para prohibir la publicidad engañosa dirigida a niños en el caso de alimentos. d) Campañas de comunicación educativa para promover la organización e implantación de medidas de protección como el uso de cinturón de seguridad y las sillas portabebés. e) Uso de medios masivos para difundir los peligros de ciertos factores de riesgo: como tabaquismo, alcoholismo y uso de psicoactivos. f) Acciones para regular la venta de alimentos con pobre contenido nutricional en los centros de educación básica.

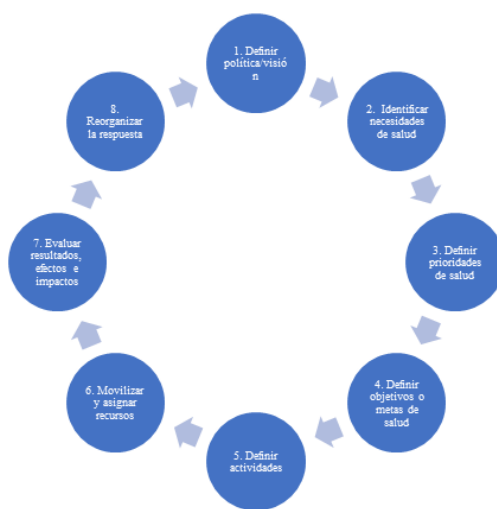
Fuente: elaboración propia, con base en: Lazcano Ponce, Martínez Montañez, Charvel y Hernández Ávila, 2013: 9.

Lecciones aprendidas de Latinoamérica desde un enfoque local mexicano

Pese a que los países de América Latina han enfrentado crisis económicas, desastres naturales y una cantidad importante de vicisitudes, los más desprotegidos se hacen visibles en ZAP y las posibilidades de intervención con éxito, se alejan en buena medida por la escasa planeación de las Zonas Metropolitanas y espacios públicos con diseños efectivos para dar respuesta rápida a la inclusión y la protección de los hogares que, con mayor frecuencia, padecen las inequidades de la democracia.

Es importante señalar los componentes del ciclo de la planeación, no solo para establecer un instrumento para la reducción de las brechas de desigualdad sanitaria; el propósito es identificar la secuencia que permita reducir costos, principalmente en la implementación de políticas que ayuden a las instituciones responsables de la salud y que sean garantes de atención médica sin excluir usuarios, así como la portabilidad de derechos. Desde la *figura 2*, la cobertura de servicios requiere de planeación exitosa, transferencia de bolsa presupuestal ordinaria y alternativas de prevención como redes nodales, de economías solidarias para protección al más desprotegido, por lo que, se puede optar por el desarrollo de cada uno de los elementos que constituyen el ciclo de planeación en salud pública, a saber:

Figura 2. Componentes del ciclo de planeación en SP



Fuente: elaboración propia, con base en: Castillo Salgado, 2013:114.

Se hace indispensable también determinar las magnitudes de impacto territorial, desde una óptica de salud y bienestar, para lo que el funcionamiento intrasectorial se mezcla con políticas de desarrollo urbano desde una perspectiva eco-socio-sistémica que a continuación se detalla en la *figura 3*:

Figura 3. Problemas de salud bajo una perspectiva eco-socio-sistémica

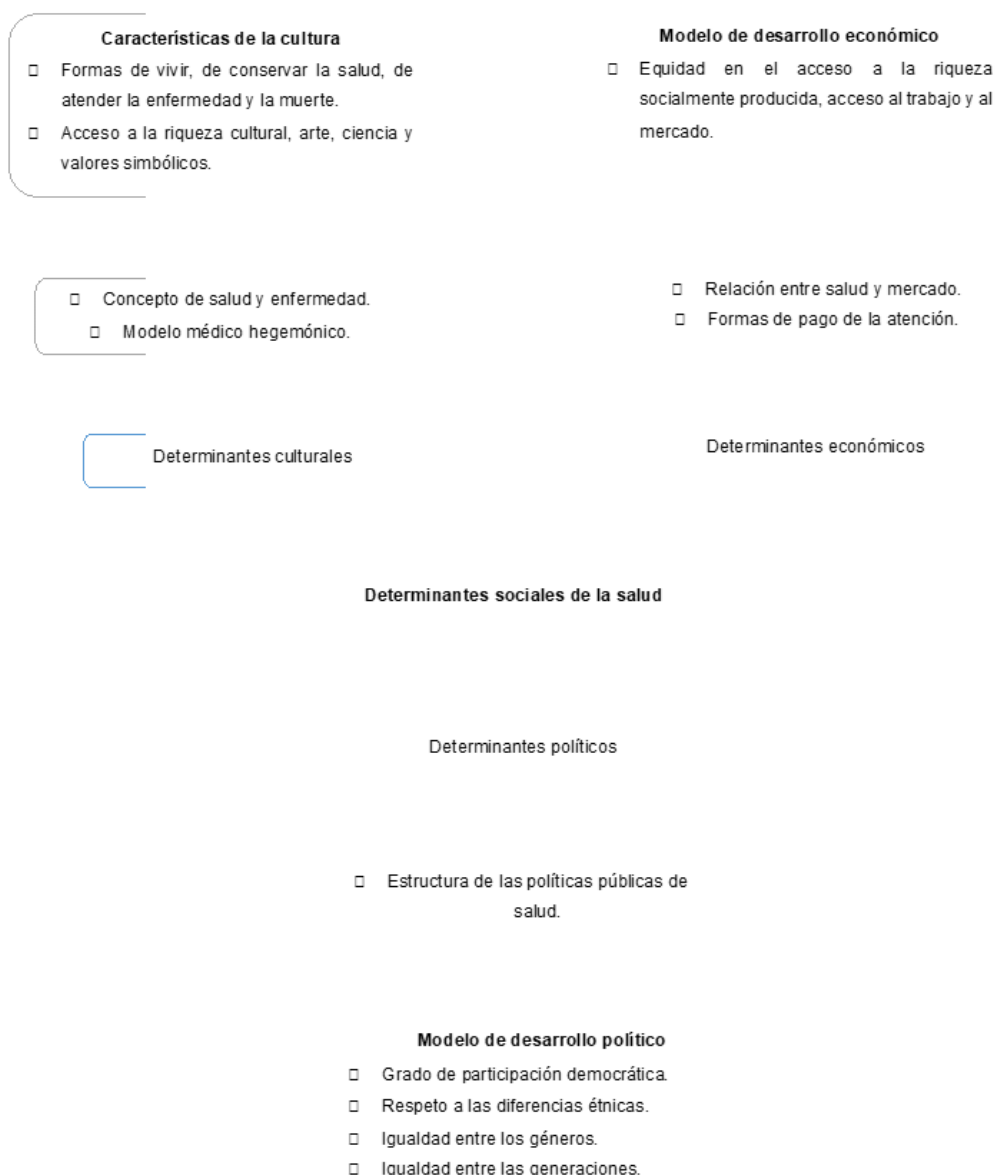


Fuente: elaboración propia, con base en: Riojas Rodríguez, Álamo Hernández, Romieu, 2013:130.

Para concluir, se debe subrayar que en las últimas décadas, ha habido un incremento significativo en el gasto en salud a nivel global (aún insuficiente). Aunque se han realizado grandes esfuerzos para abordar los desafíos de salud en todo el mundo, persisten importantes dificultades en la financiación de servicios esenciales. Hasta la fecha 2024, el financiamiento continúa siendo insuficiente para cubrir el conjunto básico de servicios esenciales en aproximadamente un tercio de los países latinoamericanos. Incluso en naciones ricas, existe una creciente demanda por aumentar la inversión en el ámbito de la salud. No contar con mecanismos de protección social con recursos autogenerados e inversión de capital estatal, se puede perder el impacto positivo de los Planes Nacionales de Desarrollo, que obligan establecer mesas sanitarias para la cobertura de servicios que fomenten las posibilidades de salir exitosos y con mejores prácticas en el sustento técnico de la salud pública.

En este contexto, el esquema a continuación señalado, da cuenta de los determinantes sociales de la salud que deberían quedar plasmados como mínimos indispensables para asociar macroeconomía y salud como campos disciplinares ligados para cambiar los paradigmas en pro de un avance en la agenda de desarrollo que detone sostenibilidad en políticas sanitarias:

Figura 4. Determinantes sociales de la salud



Fuente: elaboración propia, con base en: López Arellano, Álvarez del Río, Lifshitz Guinzberg, 2013: 298.

A la luz del rol que juega una ciudad bien planificada, una reducción de cinturones de desigualdad; gobiernos locales comprometidos y eficientes; comunidades resilientes y solidarias, y bolsas presupuestales para hacer frente al capítulo sanitario, es que se deben tomar las decisiones para constituir comisiones que complementen los institutos encargados de la salud como requisito para lograr la equidad y un desarrollo sustentable. De no ser así, es imposible gozar de privilegios para una comunidad sana, con mayores expectativas de vida y con menores enfermedades crónico-degenerativas que comprometan el presupuesto de cualquier nación.

Referencias

- Castillo Salgado, C. (2013). “Análisis de situación de salud y sistemas de salud”. En: Hernández Ávila, M. y Lazcano Ponce, E. *Salud pública. Teoría y práctica*. Instituto Nacional de Salud Pública – Manual Moderno, 109-126.
- De Titto, E. y Lazovski, J. (2023). “Megaciudades, sostenibilidad y salud pública”. *Revista ISALUD*, 18(86), 52-62.
https://www.researchgate.net/publication/370862887_Megaciudades_y_salud_publica
- Dimitropoulou, A. (2023). *Revelado: países con los mejores sistemas de atención médica*, 25 de agosto. CEOWORLD Magazine.
<https://ceoworld.biz/2023/08/25/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2023/>
- DOF. (1917/2024). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. DOF.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Gerez Valls, M. D. y Velázquez Valoria, I. (2008). “La salud de las ciudades y sus ciudadanos (urbanismo y salud pública municipal)”. *Gac Sanit*, 22(1), 71-78.
<https://n9.cl/z3l4s>
- Higueras García, E. y Román López, E. (2020). “Presentación: urbanismo y salud”. En: Higueras García, E., Román López, E. y Pozos Menéndez, E. [Coords]. *Sostenibilidad, urbanismo y salud. Caso de estudio en Alcorcón, Madrid. Entornos urbanos saludables y sostenibles*. Concejalía de Sostenibilidad, Movilidad y Energías - Renovables del Ayuntamiento de Alcorcón, 16-22.
<https://oa.upm.es/65927/1/e-book-URB-HealthS-ISBN-20.pdf>
- Lazcano Ponce, E., Martínez Montañez, O. G., Charvel, S. y Hernández Ávila, M. (2013). Funciones esenciales de la salud pública. En: Hernández Ávila, M. y Lazcano Ponce, E. *Salud pública. Teoría y práctica*. Instituto Nacional de Salud Pública – Manual Moderno, 1-28.
- López Arellano, O., López Moreno, S. y Moreno Altamirano, A. (2015). “El derecho a la salud en México”. En: López Arellano, O. y López Moreno, S. [Coords]. *Derecho a la salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, 51-82.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf>
- López Arellano, O., Álvarez del Río, S. y Lifshitz Guinzberg, A. (2013). “Determinantes sociales de la salud”. En: Hernández Ávila, M. y Lazcano Ponce, E. *Salud pública. Teoría y práctica*. Instituto Nacional de Salud Pública – Manual Moderno, 297-318.
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas – CEPAL.
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Equidad en Salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud#:~:text=La%20equidad%20en%20salud%20enfatisa,el%20acceso%20a%20la%20salud>
(2020). *Urban health*. <https://www.who.int/health-topics/urban-health>
- Pérez, B. M. (2003). *Efectos de la urbanización en la salud de la población*. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 16(2).

https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522003000200006

Riojas Rodríguez, H., Álamo Hernández, U. y Romieu, I. (2013). “Salud ambiental”. En: Hernández Ávila, M. y Lazcano Ponce, E. *Salud pública. Teoría y práctica*. Instituto Nacional de Salud Pública – Manual Moderno, 127-150.

Rosales Estrada, E. M., Julián Agüero, M. V. y Quiroz Cuenca, S. (2013). “Ciudades saludables: una perspectiva de la Organización Mundial de la Salud y redes internacionales”. *Revista Legado de Arquitectura y Diseño*, 13, 47-57.
<https://www.redalyc.org/pdf/4779/477947372004.pdf>

Shafik, M. (2023). *Lo que nos debemos unos a otros. Un nuevo contrato social*. Paidós.