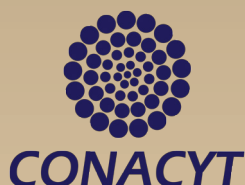


# Academia Nacional de Medicina de México

## DECLARATORIA

Armando Mansilla Olivares  
Fernando Cano Valle  
Alejandro Treviño Becerra  
Gilberto Vázquez de Anda  
Fernando Meneses González  
Daniel Márquez Gómez  
Leoncio Lara Sáenz  
Pastora Melgar Manzanilla



Declaratoria de la Academia Nacional  
de Medicina de México

El futuro de la Seguridad Social  
y la asistencia médica en México



# DECLARATORIA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

EL FUTURO DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
Y LA ASISTENCIA MÉDICA EN MÉXICO

Dr. Armando Mansilla Olivares

Dr. Fernando Cano Valle

Dr. Alejandro Treviño Becerra

Dr. Gilberto Vázquez de Anda

Dr. Fernando Meneses González

Dr. Daniel Márquez Gómez

Dr. Leoncio Lara Sáenz

Dra. Pastora Melgar Manzanilla



# CONTENIDO

Declaratoria	
El futuro de la seguridad social y la asistencia médica en México	7
La Secretaría de Salud en el marco de un Sistema de Salud basado en la Seguridad Social	11
En vías de un Programa Sectorial de Salud	14
La Declaración de Filadelfia	15
Asistencia médica	16
La salud en México	17
Objetivos	18
Financiamiento	19
Sistema de protección social en salud (seguro popular)	20
El primer nivel de salud	23
Atención Universal en Salud en el Primer Nivel de Atención Médica	24
La Organización Mundial de la Salud	26
Numeralia	28
Integración gradual del Servicio Médico Nacional	30
Programa Sectorial de Salud	
Propuesta	35

OBJETIVO 1. Ampliar los servicios de seguridad social en México	36
Estrategias	
Líneas de acción	
OBJETIVO 2. Reducir las brechas de inequidad social	39
Estrategias	
Líneas de acción	
OBJETIVO 3. Mejorar los modelos y métodos de la educación para la salud	43
Estrategias	
Líneas de acción	
OBJETIVO 4. Reducción y prevención de enfermedades de riesgo mortal	47
Estrategias	
Líneas de acción	
OBJETIVO 5. Participación intersectorial	51
Estrategias	
Líneas de acción	
OBJETIVO 6. Corresponsabilidad internacional.	55
Estrategias	
Líneas de acción	
Financiamiento concentrado para una cobertura más amplia en Salud	57
Sistema Nacional de Salud fragmentado	58
Financiamiento fragmentado	60
Financiamiento concentrado para la salud	63

# DECLARATORIA

## EL FUTURO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA ASISTENCIA MÉDICA EN MÉXICO

**E**l incalculable valor que atesora la Academia Nacional de Medicina, su enorme influencia y su repercusión sobre la toma de decisiones médico-científico-epidemiológicas, radica única y exclusivamente en el dominio del conocimiento, la mente científica y el talento de todos y cada uno de sus miembros desde su fundación en 1864 hasta nuestros días. Sí efectivamente, el enorme poder que tiene la Academia, no es más que el resultado del trabajo arduo, constante e ininterrumpido que los Académicos desarrollan día con día ante sus pacientes, frente a sus alumnos, en los hospitales, en el consultorio, en los laboratorios de investigación e incluso en diversos puestos directivos, desempeñándose con el ejemplo, la solidez de sus conocimientos y la mente creativa que los caracteriza, con una actitud digna y de respeto y un pensamiento abierto, ávido por el conocimiento, con una calidad científica indiscutible y siempre dispuestos a luchar y a aceptar la verdad, con base en el estudio y el razonamiento lógico.<sup>1</sup>

Partiendo de los hechos y circunstancias previamente señalados, la Academia Nacional de Medicina por mi conducto, ha decidido abordar en este documento, la Cobertura Universal en Salud y la Seguridad Social en nuestro país.

La cobertura universal de salud se define como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud, inmerso en un contexto en el que

1 Discurso inaugural Academia Nacional de Medicina, Centésimo, quincuagésimo cuarto año Académico (CLIV).



cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras.<sup>2</sup>

Este proceso abarca dos componentes interrelacionados: el que se relaciona con los factores que intervienen en los mecanismos para otorgar servicios de salud esenciales y de calidad según las necesidades; y aquel que se refiere a la protección financiera frente a las necesidades de salud, incluyendo las situaciones de pobreza provocadas por los pagos directos en el momento en el que el servicio es requerido. De hecho, toda la población debería recibir los beneficios que otorgan ambos componentes.<sup>3</sup> Esta aspiración, puede verse como una entelequia, por lo que es necesario profundizar sobre ambos componentes.

La persistente realidad de la pobreza y el trabajo informal, exigen que se conciba un nuevo proyecto para el desarrollo de la seguridad social en el siglo XXI y que éste cuente con medios más eficaces para aliviar la pobreza. La propuesta, estriba en crear en todo el mundo un piso de seguridad social que se convierta en puntal de la economía, dirigido a cambiar el paradigma de la seguridad social.<sup>4</sup>

Las insuficiencias estructurales en la administración de los servicios fragmentados y el costo que esto representa, no tienen paralelo y su crecimiento ha sido exponencial durante los últimos 30 años, como consecuencia de: una morbilidad crónica creciente, del repunte de los procesos infecciosos, del incremento en las adicciones en la población y de las enfermedades mentales que permanecen sin un abordaje terapéutico realmente eficiente. Todo esto, constituye la entelequia de nuestro sistema de salud, por lo que esencialmente coincidimos con lo señalado por Rubio del Cueto.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> "Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas. Mayo de 2014. Organización Mundial de la Salud, grupo del Banco Mundial, organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y fomento /el Banco Mundial 2014. ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_from/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_from/en/index.html)) p. 1.

<sup>3</sup> *Ídem.*

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 25.

<sup>5</sup> RUBIO DEL CUETO, Ernesto. La salud como política de Estado: Avances y retos, Tomo I. *La*

Ahora, la agenda para el cambio requiere de un rediseño fundamental, capaz de plantear los escenarios y las plataformas con anticipada claridad, y con ello evitar enfrentar tardíamente el problema, con respuestas Preventivas, Expeditas y Equitativas. No hay duda de que el primer reto que debe enfrentar nuestro Sistema de Salud, lo representa el lograr la EQUIDAD entre los ciudadanos, resolviendo los rezagos acumulados y la desigualdad inaceptable.

Querimos que en el sistema mexicano de salud cobren una nueva centralidad los especialistas en salud, en particular los médicos. El médico es el garante real del derecho humano a la salud, por lo que se le debe de dotar de todas las herramientas y medios para hacer posible esa labor.

El médico no sólo es un profesional de la salud, también es un agente social, un administrador de servicios y un comprador y abastecedor de insumos. Debería de ser el gestor natural de los bienes (agua, alimentos, ambiente, etc.) necesarios para lograr ese bien común que es la Salud. En este sentido, en nuestra opinión, al médico se le debería considerar dentro del contexto del derecho humano a la salud y la asistencia médica por medio de la seguridad social, como alternativa de una gran política social.



## LA SECRETARÍA DE SALUD EN EL MARCO DE UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA SEGURIDAD SOCIAL

**E**n el escenario de un proceso de reestructuración del Sistema Nacional de Salud bajo un esquema de seguridad social, las preguntas que llegan a la mente de todos los que, de alguna u otra forma, laboran en las Instituciones de salud ¿Qué pasará con la Secretaría de Salud? ¿Desaparecerá? ¿Cambiará su estructura y forma de operar? Para obtener las respuestas a estas interrogantes, sólo hay que recordar un poco de la historia de esta Institución, que ha realizado mucho por la salud de los mexicanos, pero para la época y momento actual requiere de un proceso de reflexión y análisis que conduzcan a una mejora continua en sus procesos de rectoría y operación.

El antecedente inmediato de la Secretaría de Salud, fue la Secretaría de Salubridad y Asistencia, producto de la fusión, hacia 1943, entre la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. Estos últimos ya existían como instituciones pero con funciones diferentes, aunque en una lógica de comunicación y coordinación.

La Ley de Secretarías y Departamentos (1947) fue el instrumento jurídico que le permitió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la atribución de organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública; actividades que sigue realizando hasta la fecha, en mayor o menor medida. De hecho es hasta 1977, que el papel de coordinación operativa y el control de las entidades que actuaron en el campo de la salud, queda asentado en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y es allí donde se crea el Sector Salud, como un agrupamiento

administrativo de entidades paraestatales. Hasta ese momento no se modifica o cambia el modelo de atención que venía construyendo desde varios años: la atención a la salud, basado en un modelo asistencialista y de beneficencia.

Por otro lado, una institución que funcionó como eje para la atención a la salud fue el Consejo Superior de Salubridad que después se transformaría en Consejo de Salubridad General y, hasta la fecha es la autoridad sanitaria y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país; actualmente se ubica en la estructura de la Secretaría de Salud y sigue los lineamientos institucionales establecidos por ella, perdiendo la esencia que le dio origen e independencia en su actuación, con ello logró sentar los cimientos de lo que hoy conocemos como Sistema Nacional de Salud.

En la época moderna de la Secretaría de Salud, se reconocen tres momentos importantes: el primero, la adición del artículo 4º. Constitucional del derecho a la salud de todos los mexicanos, entendido como protección social; el segundo, el proceso de descentralización de los servicios de salud hacia las entidades federativas y, finalmente, la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

En todos estos años, la Secretaría de Salud, ha sufrido una serie de cambios dentro de su estructura, no sólo de nombre sino también de funciones que, como objetivo primario ha sido, la de coordinar al Sector Salud, atribución establecida en la Ley General de Salud, pero que a la luz de la funcionalidad institucional, hoy seguimos teniendo diversas instituciones de salud, tres de las más importantes con un fundamento de la prestación de los servicios basado en la seguridad social (IMSS, ISSSTE y ISSFAM), que proporcionan a sus derechohabientes otras prestaciones más allá de la atención médica y de maternidad, legalmente establecidas en sus leyes respectivas; y, la Secretaría de Salud cuyo eje de trabajo se basa en la protección social de salud, proporcionando de forma casi exclusiva la atención médica y de maternidad. En este sentido, la actuación institucional se ha focalizado en el trabajo hospitalario y de la alta especialidad, dejando en segundo término el trabajo de primer contacto, del primer nivel que ha demeritado las acciones de contención de epidemias, de prevención de enfermedades y de promoción de la salud.

La organización de la Secretaría de Salud, para cumplir más que sólo con la función de coordinación operativa de las instituciones de salud, sino más bien una función rectora que le permita garantizar la seguridad social de la población, requiere de un análisis y, posiblemente de una reestructuración acorde con los determinantes sociales de la salud de la población y, para cumplir los compromisos establecidos en los Objetivos del Desarrollo Sostenible.

Por ello, la Academia Nacional de Medicina, considera que este es el momento de iniciar un ejercicio de análisis de la organización de nuestra Secretaría de Salud y, en su conjunto, del Sistema Nacional de Salud con una perspectiva a futuro, teniendo como eje la construcción de un sistema de salud que responda a las necesidades de las siguientes generaciones de mexicanos. Hay que retomar la historia de la Institución y de ella aprender, para lograr una institución financieramente sustentable, innovadora, y ejemplo del trabajo institucional.

## EN VÍAS DE UN PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD

Los regímenes de seguridad social constituyen mecanismos financieros que persiguen objetivos económicos y sociales, cuya creación y configuración se rige por la ley. La seguridad social se basa en derechos, es decir, consiste en lo establecido por la ley, las condiciones de admisibilidad y las garantías procesales, las que se definen con precisión en las leyes y reglamentos nacionales.<sup>6</sup>

La seguridad social que a comienzos del siglo XX era una institución embrionaria con un ámbito limitado a sólo unos pocos países, se ha convertido en una de las principales instituciones sociales de nuestra época, sobre todo en las sociedades industrializadas.<sup>7</sup> Concebida primero como instrumento de control social, ofrecía niveles básicos de bienestar a las personas en circunstancias difíciles; sin embargo, actualmente la seguridad social ha pasado a ser un mecanismo de fomento del desarrollo económico, de la cohesión social y de la democracia.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Conferencia Internacional del Trabajo (junio de 2011), SOMOVIA, Juan (Presidencia). "Estudio General relativo a los instrumentos de la seguridad social a la luz de la Declaración de 2008 sobre la justicia social para una globalización equitativa", 100ª, reunión, "La Seguridad social y la primacía del derecho" OIT, Ginebra, p. 3.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 5.

<sup>8</sup> *Ídem*.

La protección social es considerada hoy como un factor productivo<sup>9</sup> que preserva y mejora la salud, la productividad y la calidad de la fuerza de trabajo, por lo que crea nuevos empleos en el sector de los servicios sociales. Al proporcionar ingresos de sustitución, contribuye a sostener la demanda interna y a estabilizar la economía, especialmente en tiempos de recesión.<sup>10</sup>

## La Declaración de Filadelfia

El primer instrumento internacional que trata de la seguridad social desde el punto de vista de los derechos humanos, como un derecho que se desprende de la necesidad de protección, fue la Declaración de Filadelfia, adoptada en 1944. Para 1948, el derecho a la seguridad social de cada ser humano, como miembro de la sociedad, fue oficialmente reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, como un derecho *per se* (artículo 22). Posteriormente, el derecho a la seguridad social se incorporó a diferentes tratados regionales e internacionales sobre los derechos humanos, jurídicamente vinculantes y frecuentemente sometidos a una supervisión internacional con vistas a lograr su aplicación efectiva.<sup>11</sup>

A diferencia de los instrumentos sobre derechos humanos, las normas de la OIT consideran a la seguridad social, más que como un derecho individual, como una institución social regulada por su propio marco legislativo, que en la mayoría de los casos es diferente de la legislación del trabajo. Al cabo de los años, este cuerpo normativo se convirtió en una rama específica del derecho internacional, basada en los principios que establece el Convenio núm. 102 de la OIT. La interacción entre la legislación internacional en materia de seguridad social y la que se refiere a los derechos humanos dio impulso

<sup>9</sup> OIT: "La protección social como factor productivo", documento GB294/ESP/4, 294" reunión del Consejo de Administración, Ginebra, noviembre de 2005. Citado en *La Seguridad social y la primacía del derecho*. Primera Edición 2011, p. 5.

<sup>10</sup> Conferencia Internacional del Trabajo (junio de 2011), *Op. cit.* p. 5.

<sup>11</sup> *Ibidem*, p. 79.



al desarrollo gradual de la seguridad social en todo el mundo, reafirmando los derechos humanos a través de normas mínimas de protección.<sup>12</sup>

El vínculo entre la seguridad social universal y los conceptos de derechos humanos, democracia y Estado de derecho, puede comprenderse mejor si se proyecta a las nociones de dignidad humana y cohesión social. Los derechos humanos definen metas para el desarrollo de las sociedades al reconocer el valor y dignidad de toda persona.<sup>13</sup>

La Declaración instó a la OIT a "extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa"<sup>14</sup>

## Asistencia médica

La Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69).

Según esta Recomendación, "la posibilidad de disfrutar de asistencia médica adecuada constituye un elemento esencial en la seguridad social". A su vez estableció los principios básicos de la organización y la gestión de la asistencia médica, es decir, tanto los principios específicos de la rama de la atención médica como los comunes al sistema de seguridad social en su conjunto. Entre los principios específicos de la organización y la gestión de la rama de atención médica se incluyen:

### La asistencia médica

- Debería ser completa (preventiva y curativa) y estar disponible de inmediato y en cualquier momento y lugar para todas las personas cubiertas, en las mismas condiciones y sin obstáculos o barreras de naturaleza

<sup>12</sup> *Ibidem*, p. 81.

<sup>13</sup> *Ibidem*, p. 85.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 7.

administrativa, financiera, política o de otra índole que no guarden relación con su estado de salud.

- Debería responder a las necesidades de cuidado de cada paciente, por una duración ilimitada, y proveer una atención de la mejor calidad y el nivel más elevado de conocimientos y competencia profesional que sean posibles a fin de mantener, restablecer y mejorar la salud de las personas protegidas, a reserva únicamente de las limitaciones razonables que puedan ser impuestas por la organización técnica del servicio.
- Debería organizarse racionalmente en todo el país, con el objeto de lograr la mayor economía y eficacia posibles, quedar sometida al control de un organismo central y coordinarse estrechamente con los servicios generales de salud del país.

## La salud en México

La Cobertura Universal de los Servicios de Salud se regirá observando lo previsto en el artículo 4º, párrafo cuarto y la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, bajo los principios de universalidad, disponibilidad, accesibilidad, gratuidad, suficiencia y no discriminación.

En virtud del principio de la inclusión social y la cobertura universal, el servicio de asistencia médica debería abarcar a todos los miembros de la comunidad, independientemente de que tengan o no un trabajo remunerado y de que posean los medios necesarios para pagar dicha asistencia; la asistencia médica debería financiarse colectivamente a fin de garantizar su viabilidad a largo plazo y su desarrollo progresivo en el marco de la promoción de la estabilidad y la cohesión sociales; con el principio de la gobernanza democrática y transparente del sistema de seguridad social.<sup>15</sup>

En cuanto a la forma que ha de revestir la prestación del servicio médico, dado que el objetivo principal del instrumento es garantizar el acceso universal

<sup>15</sup> *Ibidem*, p. 22.

a los servicios de atención de la salud, se recomienda adoptar una modalidad de servicio de asistencia médica financiado con fondos públicos.<sup>16</sup> La atención universal de salud se sigue considerando como un objetivo para un futuro distante. La atención básica de la salud forma parte integrante de la iniciativa relativa al piso o nivel básico de protección social en todo el mundo.<sup>17</sup>

La persistente realidad de la pobreza y el trabajo informal exigen que se conciba un nuevo proyecto para el desarrollo de la seguridad social en el siglo XXI y que ésta cuente con medios más eficaces para aliviar la pobreza. La propuesta estriba en crear en todo el mundo un piso de seguridad social que se convierta en puntual de la economía mundial. Tiene el potencial de volver a cambiar el paradigma de la seguridad social.<sup>18</sup>

## Objetivos

**Objetivo 1.** Contribuir a la universalización del acceso a la salud.

Garantizar a todos los mexicanos el ejercicio efectivo a su derecho de protección de la salud y acceso a la seguridad social.

**Objetivo 2.** Mejorar el modelo de atención a la salud.

Se implementarán estrategias y acciones orientadas para modernizar el modelo de atención médica en el instituto, para hacer más eficientes los procesos, reforzar la atención primaria, proteger la seguridad de los pacientes y mejorar la atención con calidad y eficiencia.

**Objetivo 3.** Fortalecer los ingresos.

Crear y desarrollar acciones encaminadas a fortalecer los ingresos; así como aquellas acciones que se implementarán para hacer un uso más eficiente y transparente de los recursos materiales, humanos y financieros del instituto.

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 23.

<sup>17</sup> *Ibidem*, p. 24.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 25.

#### Objetivo 4. Incrementar la productividad.

El IMSS enfocará sus esfuerzos en fortalecer los ingresos e incrementar la productividad y la eficiencia de los recursos.

### Financiamiento

Es generalmente aceptado que existen tres modelos de financiamiento de los servicios de salud:

- Modelo de seguro social (seguridad social o mixto), mediante cotizaciones de seguridad social, ofrece cobertura por la pertinencia laboral.
- Modelo universalista o de recaudación de Estado, financiado por impuestos generales o específicos, ofrece cobertura universal.
- Modelo de financiamiento privado, de cobertura restringida, incluye financiamiento a través de primas de seguros privados o pagos directos de los particulares.

El sistema mexicano de salud surgido en 1940 y hasta 2003, funcionó bajo el modelo de seguro social que se caracteriza por un financiamiento tripartito en donde aportan el gobierno, el patrón o empleador y el obrero o empleado. Este modelo cubre a los empleados formales únicamente. No obstante, la idea de la salud como un derecho humano toma auge y la salud universal empieza a verse como una necesidad para garantizar el acceso a los servicios de salud a todas las personas, independientemente de su estatus laboral.

## Sistema de protección social en salud (seguro popular)

Esta idea permea en México y a partir de 2003, se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), paralelo y complementario al de seguro social, que tiene como objetivos alcanzar un financiamiento justo y democratizar el sistema de salud, de tal manera que se garantice a todos los ciudadanos y residentes del país su derecho a la protección de la salud. Este sistema funciona bajo un esquema tripartita similar al de seguro social.

Con el Sistema de Protección Social en Salud se vieron avances en la cobertura universal de servicios de salud, sin embargo, estos aparecen como insuficientes. En 2016, un informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), señaló que México está lejos de alcanzar una cobertura efectiva y servicios de alta calidad. Una de las recomendaciones de la OCDE fue cambiar el sistema de financiamiento de salud de un modelo de seguridad social a un modelo de financiamiento vía ingresos por impuestos.<sup>19</sup>

En este tenor, se vuelve importante un análisis puntual sobre los diversos sistemas de financiamiento de la salud, especialmente dado que el objetivo 1: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", de los "Objetivos de Desarrollo Sostenible", de la Organización de las Naciones Unidas, adoptados en septiembre de 2015, establece como una meta "Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas, seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos". Los objetivos de desarrollo sostenible deben alcanzarse para el año 2030.

Uno de los mayores argumentos en contra del financiamiento vía impuestos del sistema de salud es la escasez de recursos financieros tributarios. Podemos aceptar la noción de protección a la salud como derecho humano

<sup>19</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE, *Estudios sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OCDE publishing, 2016, pp. 3 y 102.

y estar a favor del acceso equitativo universal o general; también, podemos aceptar que en materia de salud existe una deuda pendiente de la democracia; sin embargo, ello no impide comprender, que una de las barreras es precisamente los recursos limitados con los que se cuenta. Tampoco impide comprender, especialmente al hablar de financiamiento, que cualquier sistema de salud debe responder al contexto determinado en que se va a aplicar.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que los Estados han de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.

El derecho a la protección de la salud es considerado uno de estos derechos. La realización progresiva es parte importante de las obligaciones de los Estados. Los Estados tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas para lograr la plena efectividad de estos derechos, hasta el máximo de los recursos de que se dispongan.

Así, podemos llegar a cuatro condicionantes que sirven de partida para una investigación sobre el financiamiento de la salud pública:

- Los recursos disponibles de un Estado pueden obstaculizar la efectividad de los derechos, sin que se le atribuya responsabilidad al Estado.
- Tomando en cuenta los recursos disponibles un sistema puede traer mejores resultados que otros.
- No basta decir "no se puede" porque no existen los recursos fiscales para ello.
- El sistema de salud debe responder a un contexto determinado y para ello debe tomar en cuenta aspectos como la prevención, la atención primaria y cuestiones relacionadas a la salud como agua, vivienda, entre otros.

En fin, se pretende determinar si la cobertura universal, financiada a través de impuestos, efectivamente es una opción real para México, y determinar si es eficaz para dar respuesta al derecho de protección a la salud. De ser así,

cuáles serían los prerequisites para ello; en caso contrario, cuales son las opciones más viables.

El Primer Nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Es la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes.

En el Segundo Nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El Tercer Nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> VIGNOLO, Julio, VACAREZZA, Mariela, ÁLVAREZ, Cecilia, SOSA, Alicia, "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud", en Archivos de Medicina Interna, Prensa Médica Latinoamericana, Vol. 33, Núm.1, Abril 2011, versión electrónica: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>.

En México se destaca: (...) el primer Nivel de Atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSa) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos. En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública, y se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas como los cánceres de mama y cérvico uterino o de próstata, así como las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad e hipertensión. El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Desde el primer nivel se remite, a quien así lo requiera, al segundo o tercer nivel de atención. Segundo Nivel de Atención. Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o

## El Primer Nivel de salud

En este sentido, es prudente formular las siguientes preguntas: ¿puede el Estado Mexicano a través del fortalecimiento del primer nivel de salud transitar hacia el acceso universal en materia de salud? ¿Cuáles serían las normas jurídicas que contribuirían a crear el entorno favorable para el fortalecimiento del primer nivel de salud? Procederemos a dar respuesta a estas dos preguntas.

Como se advierte, esta delimitación de la atención primaria en salud, coincide con los servicios de salud básicos, que se proporcionan en el primer nivel de atención en salud, "escenario de la salud preventiva donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos".

---

Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. En el Segundo Nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del Primer Nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etc., de acuerdo con la necesidad de los pacientes. Cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas se debe realizar el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud. Para ello se recurre, de ser necesario, a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico. Tercer Nivel de Atención. Es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de Segundo Nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (Umaes), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país (visible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-3.3.2.pdf>).



## ATENCIÓN UNIVERSAL EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

**E**l sistema de salud en México, requiere de una serie de acciones de coordinación, de comunicación y de trabajo interinstitucional, respaldados con los recursos disponibles para cumplir con el mandato del artículo 4º Constitucional y lograr que todos de los mexicanos, tengan acceso a los servicios de salud, sin que esto represente un gasto excesivo a sus bolsillos, al menos en el primer nivel de atención.

Al día de hoy, si un ciudadano mexicano requiere de atención médica, cuenta con las siguientes opciones: si es trabajador formal de la iniciativa privada, puede acudir al Instituto Mexicano del Seguro Social; si es empleado gubernamental federal, cuenta con los servicios del ISSSTE; si es empleado gubernamental estatal, puede dirigirse a los hospitales del Instituto de Salud Estatal; si es desempleado o tiene un trabajo informal al Seguro Popular; si pertenece a una población vulnerable, al IMSS-PROSPERA; si tiene un seguro de gastos médicos, puede acceder al sistema privado de hospitales; y finalmente, si no está inscrito en alguno de los previamente descritos, puede acceder al sistema privado (incluyendo al grupo farmacias que ofrecen "orientación" médica), a consultorios y clínicas particulares o a sistemas de salud dentro de las universidades, considerando que en todos ellos, el paciente paga la atención médica de su bolsillo. En teoría, el sistema de salud mexicano tiene la capacidad de ofrecer una cobertura en salud al 100 % de los mexicanos; sin embargo, las diferencias en cuanto a programas, calidad de la atención y disponibilidad de recursos materiales, presupuesto y acceso

a medicamentos para la atención médica, hacen del sistema de salud hoy en día, un mecanismo disruptivo y poco eficaz.

La propuesta de atención universal para el primer nivel de atención, puede suscribirse a un modelo simplificado. El pago del servicio, le correspondería específicamente a la institución a la que pertenece el derechohabiente y que actualmente, está estructurada para tal función (IMSS, ISSSTE, Institutos Estatales, Secretaría de Salud, Seguro Popular, IMSS-PROSPERA, Universidades). El modelo dependería de la población atendida, con un ajuste de pago por evento. Los médicos generales (60 000 o más) podrían ser distribuidos por áreas geográficas de acuerdo a la densidad de población, incluyendo los consultorios ya existentes en el sistema, además de los consultorios de los mismos médicos generales, involucrados en el programa; considerando por un lado, que este programa sería único en el primer nivel de atención médica y utilizaría papelería específica a todo lo largo del país y por el otro, el que los programas de prevención y promoción a la salud, se llevarían a cabo por separado, aunque de manera paralela. El sistema de reporte se haría con un software único con terminales en cada consultorio, mediante una red municipal, estatal y nacional, a cargo de la Secretaría de Salud. Además de la participación de un grupo de farmacias conectadas al sistema universal, con el objeto de que cada paciente pueda acceder a la más cercana; así como una red de laboratorios y servicios de gabinete accesible a un determinado número de consultorios. La administración de los servicios de salud sería universal, con la aportación de las instituciones involucradas, de acuerdo al reporte de atención de los derechohabientes que hayan sido atendidos en cada consultorio, generando un "cargo por consulta" de acuerdo a la afiliación de cada paciente. El pago a farmacias, así como a los servicios de laboratorio y gabinete, se haría bajo el mismo esquema, considerando el que para los trabajadores de la salud adscritos a las zonas rurales, se les otorgaría un sobresueldo.

En este modelo, el segundo y tercer nivel seguirían funcionando de manera regular, como hasta ahora ha sido establecido.

## La Organización Mundial de la Salud

Su nexos con el acceso universal en salud es evidente, en atención a que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al acceso universal como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género.<sup>21</sup> Y a la cobertura de salud la delimita como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (medicamentos) y financiamiento.<sup>22</sup>

Así, como lo destaca la misma OMS al afirmar:

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, CD53/5, Rev. 2, 2 de octubre del 2014 OMS-OPS, 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.

<sup>22</sup> Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, CD53/5, Rev. 2, 2 de octubre del 2014 OMS-OPS, 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.

<sup>23</sup> Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, CD53/5, Rev. 2, 2 de octubre del 2014 OMS-OPS, 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.

En este sentido, la OMS se pronuncia a favor de servicios de salud integrales, de calidad, universales, además, destaca que deben extenderse a todas las personas, sin diferencias en la calidad, sin distinción de su condición económica y social.<sup>24</sup> Como se advierte, la atención primaria de salud o la atención de primer nivel, pueden ser una ventana de oportunidad para construir un sistema de salud universal y la cobertura para todos, a través del financiamiento "público".

En México ya existe un marco jurídico que puede hacer compatibles el fortalecimiento al nivel primario de atención médica y la construcción del acceso universal a la salud. Lo anterior sería acorde con la reforma constitucional en materia de derechos humanos de 10 de junio de 2011, se alinearía con el contenido de la Observación General Núm. 14 (11 de agosto de 2000) "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, donde se destaca que: "La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos", y permitiría poner en operación los contenidos del documento CD53/5, Rev. 2 "Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud" de la OMS.

Por lo anterior, podemos destacar que un avance hacia la generación de acceso universal a la salud y la cobertura para todos en México, debería considerar los siguientes aspectos:

- Redefinir el derecho a la protección a la salud plasmado en la Constitución como "derecho humano a la salud" y armonizar las diversas

<sup>24</sup> Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, CD53/5, Rev. 2, 2 de octubre del 2014 OMS-OPS, 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, y OMS, Financiamiento de los sistemas de salud, visible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=0&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=0&lang=es), consultado el 1° de octubre de 2017.

disposiciones a su contenido, en los términos de la Observación General 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- En el marco del Sistema Nacional de Salud, relanzar el contenido del nivel primario de atención médica o del primer nivel de atención en salud, como espacio para fortalecer el derecho humano a la salud.
- Buscar que ese primer nivel de atención médica se financie exclusivamente con impuestos.
- Reformular las estructuras y funciones administrativas en el nivel primario de atención médica o del primer nivel de atención en salud, para hacer eficiente, efectivo y eficaz el derecho humano a la salud.

## Numeralia

Hasta octubre de 2017, mediante el *Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos*<sup>25</sup>, el Instituto de Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), contabilizó una población de 123 518 270 habitantes, de los cuales 60 230 241 son hombres y 63 288 029 son mujeres; fueron formados tres grandes grupos de edad: de 0 a 14 años, con una población de 33 304 550; de 15 a 64 años, 81 381 146 personas; y 65 y más años, 8 832 374 pobladores.

Del total de la población, 53.4 millones de personas fueron identificadas como población en situación de pobreza; dicho porcentaje estaba compuesto por 44 millones de personas en situación de pobreza moderada y 9.4 millones en situación de pobreza extrema.

En cuanto a los indicadores de carencia social, el Anuario contabiliza un rezago educativo de 21.3 millones de personas; 19.1 millones sin acceso a los servicios de salud; 68.4 millones de personas con carencia por acceso a la seguridad social; 14.8 millones sin espacios de calidad en la vivienda; 23.7

<sup>25</sup> Disponible en: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/español/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/AEGEUM\\_2017/702825097912.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/español/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGEUM_2017/702825097912.pdf)

millones sin acceso a los servicios básicos de la vivienda; y 24.6 millones con carencia de acceso a la alimentación.

En materia de salud, el Anuario en 2014, se contabilizaban un total de 222 923 integrantes de personal médico en instituciones públicas de salud, de los cuales 62 715 eran médicos generales, 96 649 eran especialistas y 18 142 se dedicaban a otras labores que no requerían el contacto directo con el paciente. Dicho personal médico se distribuía en la siguientes instituciones: Secretaría de Salud: 105 635; IMSS-PROSPERA: 6 727; IMSS: 75 692; ISSSTE: 20 976; PEMEX: 2 861; SEDENA 1 805; SEMAR: 1 072; Servicios Estatales: 6 288; otros: 1 867.

Con estos datos, se concluye que 70.4 por ciento de la población mexicana sufre al menos de una carencia social, mientras que 18.7 cuenta con al menos tres carencias sociales. Dentro de esas carencias, se encuentra la relacionada a la salud, cuyo derecho de ser cubierto por el Estado Mexicano de manera universal, equitativa y de calidad. Las cifras muestran un desbalance entre la población de personal médico y la población que requiere ser atendida, sin embargo, no profundiza en los números que corresponden por entidad federativa o región, cuyo principal problema es el acceso eficaz a una atención sanitaria. Por ello, el programa Sectorial de Salud se plantea objetivos acorde a las mencionadas inconveniencias.

## INTEGRACIÓN GRADUAL DEL SERVICIO MÉDICO NACIONAL

**E**n la actualidad los organismos que proveen atención médica a los mexicanos están fragmentados a saber:

- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Secretaría de Marina
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Salud
- Seguro Popular
- Petróleos Mexicanos
- Desarrollo Integral de la Familia
- Servicios Estatales de Salud y el de la Cd. de México
- Medicina privada

En los últimos 6 sexenios se han elaborado intentos de crear un único "Sistema Nacional de Salud", pero no se ha iniciado este proyecto. Incluso hace más de 50 años se creó la Alianza de Médicos Mexicanos que entre sus objetivos perseguía la unificación del Sector Salud Asistencial, lamentablemente fue desmantelada por el gobierno de Díaz Ordaz. Posteriormente el proyecto fue encargado al doctor Guillermo Soberón Acevedo para que iniciara con el gobierno de Miguel de la Madrid y sólo se logró promulgar la Ley General de Salud con

numerosas reformas y adiciones hasta la actualidad. Entre otras cosas en los años recientes los gobiernos subsecuentes establecieron:

- El Sistema de protección de Salud (Seguro Popular) la inteligente reforma de Julio Frenk que al paso de los lustros no funcionó como se teorizó, para evitar el gasto de bolsillo que llevaría al empobrecimiento del enfermo y de su familia, pero no se tomó en cuenta el factor de enriquecimiento de algunos cuando se empobrecieron muchos.
- El expediente clínico electrónico.
- La portabilidad del mismo
- Las Guías de práctica clínica

En la presente administración se enumeró entre las Reformas Estructurales lo referente al Sistema Nacional de Salud, ante la imposibilidad de lograrlo ocasionó el cambio de tres Subsecretarios y dos Secretarios de Salubridad. El actual lanzó un plan piloto de interrelación entre las instituciones de los diferentes prestadores de servicios (IMSS; ISSSTE y los servicios estatales de Salud) en 3 estados de la República, fue otro intento fallido.

Es el momento con base en los antecedentes referidos, a los compromisos internacionales y a la necesarísima cobertura total de servicios de salud a la población, intentar lo imposible, iniciar una nueva era con una integración gradual de los Servicios de Atención Médica de las grandes, medianas y pequeñas dependencias Federales de medicina Institucional para que sea una cobertura inicialmente y progresivamente en cantidad y calidad a todos los mexicanos. Aquí habrá que apartar los otros seguros que cubren en la actualidad los sistemas de la seguridad social. Para ello se propone ir agrupando a las instituciones que comparten similitudes.

### Primer paso

1. DIF, dejarle sólo labores de Asistencia Social y Educativas y su cobertura médica por el Seguro Popular.



- PEMEX se encuentra en vías de incorporarse al propio ISSSTE o IMSS
2. Secretaría de Marina y Secretaría de la Defensa Nacional, en solo un mando castrense, se podrá implementar este proyecto de unificación de Atención Médica.

### Segundo paso

3. El IMSS y el ISSSTE tienen varias similitudes:
  - Atienden a población derechohabiente propia
  - Otorgan otros seguros, pero el primordial es el de atención médica
  - Reciben presupuesto del Gobierno Federal
  - Participan en la Licitación única de medicamentos
  - Comparten las Guías de práctica clínica
  - Tienen los mismos problemas asistenciales y existenciales
  - Hay Sindicato y líderes sindicales

Otros

### Tercer paso

Correspondería a la responsabilidad de la Secretaría de Salud absorber lo que tiene, junto con el Seguro Popular y los Servicios Estatales de Salud.

El proceso es complicado pero se tiene que empezar, entre 3 a 4 años tendremos ya no 9 entidades de diversa magnitud y complejidad. Tendríamos sólo 3 entidades de similitudes y complejas estructuras que tendrían que fortalecerse y dar resultados superiores a los que ofrecen en la actualidad, a saber.

1. Servicios médicos de las Fuerzas Armadas y Navales
2. Servicio médico de la población derechohabiente
3. Servicios asistenciales de la Secretaría de Salud

Para poder iniciar este proyecto se requiere además de voluntad política y de un apoyo de expertos en la materia que establezcan un compromiso nacional, es necesario:

1. Se aumente el presupuesto de Salud
2. Se reestructure una Secretaría de Salud concordante a la realidad y al futuro
3. Actividad legislativa para reformar leyes de Salud, ISSSTE, IMSS; Institutos de Salud, etcétera
4. El apoyo de la medicina privada
5. Un firme deseo de mejorar la atención a la salud de los mexicanos

Para un Gobierno del Cambio no hay retos imposibles, la Academia Nacional de Medicina puede encabezar y encauzar este proyecto.

Bajo estos preceptos, se presenta a continuación una propuesta para elaborar el Programa Sectorial de Salud (PROSESA 2018) que, conformado por seis objetivos sectoriales, procurando la aplicabilidad de tres ejes transversales, encaminan a México para lograr el objetivo general de una Cobertura Universal de Salud con Seguridad Social.



# PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD PROPUESTA

Programa Sectorial de Salud		Estrategias Transversales		
COBERTURA UNIVERSAL CON SEGURIDAD SOCIAL	OBJETIVO 1. Ampliar los servicios de seguridad social en México 3 estrategias: 8 líneas de acción	Perspectiva de Género	Actualización tecnológica y planeación estratégica	Composición étnica y multicultural
	OBJETIVO 2. Reducir las brechas de inequidad social 4 estrategias; 14 líneas de acción			
	OBJETIVO 3. Mejorar los modelos y métodos de la educación para la salud			
	OBJETIVO 4. Reducción y Prevención de enfermedades de riesgo mortal			
	OBJETIVO 5. Participación intersectorial			
	OBJETIVO 6. Corresponsabilidad internacional			
Objetivo General	Objetivo Sectorial	Líneas Transversales		

## OBJETIVO 1. Ampliar los servicios de seguridad social en México

En México, la seguridad social es un derecho que nace en el cuerpo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos pero que a su vez, da sentido de existencia a la misma; entonces, más que un derecho, un principio de justicia social, privilegiado por su naturaleza obligatoria, integral, solidaria, redistributiva y subsidiaria.<sup>26</sup>

Tal derecho, fue establecido en la primera mitad del siglo XX; para dotar de certeza al artículo 123, el Congreso de la Unión expidió en 1943 la Ley del Seguro Social, que engendraría a la máxima institución mexicana encargada de atender las demandas y padecimientos del trabajador asalariado de sectores público y privado, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); quince años más tarde, le acompañaría en la labor el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que se encargaría desde ese momento en atender a los trabajadores asalariados del sector público.

Hasta el 2015, el IMSS cubría una Derechohabiencia de 61 865 000 personas, mientras que el ISSSTE atiende a poco más de 12 804 000 derechohabientes, sumando un aproximado de población de 74 669 000. Los beneficios otorgados por ambos centros de seguridad social tienen la enmienda de comprender seguros de invalidez, vejez, vida, cesación involuntaria del trabajo, enfermedades accidentes no profesionales, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, servicios de guarderías y otros beneficios para el bienestar individual y colectivo, así como el derecho a contar con una vivienda digna.<sup>27</sup>

Sin embargo, la deficiente calidad de atención percibida por los derechohabientes en su respectivo centro de salud, así como el poco apoyo a innovaciones e investigaciones científicas y tecnológicas, derivadas del reducido financiamiento que recibe el sistema de salubridad en México, han proyectado una mala imagen del servicio.

<sup>26</sup> ROJAS Arreola, Gonzalo y ULLOA Padilla, Odilia. "Seguridad Social en México: Presente y Futuro" en MUÑOZ DE ALBA Medrano, Marcia, *Temas selectos de salud y derecho*, México: IJ-UNAM, pp. 33-63.

<sup>27</sup> *Idem*.

En la Propuesta se plasman las estrategias y líneas de acción que conducirán a la amplitud de los servicios de seguridad social en México con especial énfasis en el aumento de la calidad del servicio personal, regidos por las estrategias transversales de perspectiva de género y actualización tecnológica, respetando en todo momento la multiculturalidad étnica de nuestro país.

## Estrategias

Estrategia 1.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral.

### Líneas de acción.

- 1.1.1. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.
- 1.1.2. Adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población.
- 1.1.3. Promover la implementación de un seguro de gastos médicos de primer nivel para madres/padres dedicados principalmente a las labores del hogar.

Estrategia 1.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud.

### Líneas de acción

- 1.2.1. Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios. Figura del ombudsman de la salud.
- 1.2.2. Establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles.

Estrategia 1.3. Ampliar las redes de atención primaria conectividad.

## Líneas de acción

- 1.3.1. Fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes del servicio.
- 1.3.2. Ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional  
Seguridad social y conectividad. El crecimiento exponencial de las tecnologías digitales, llevan a reconsiderar repensar y reconstruir la organización de los servicios de salud con el propósito de incrementar la eficacia en la sociedad enferma y la población sana. Los datos han proliferado pero no llegan a su destino, cada segmento del sistema de salud tienen sus datos, mismos que no comparten, ni hay conectividad posible bajo la creencia que la tecnología encarece lo cual no es así; el acceso, la integración y la adopción de las tecnologías entre los profesionales de salud, las aseguradores públicas o privadas y los que constituyen las políticas públicas presentarán tendencias más rápidas y eficientes, las tecnologías médicas fortalecen la vigilancia y seguridad de la actividad médica, con historial médico único susceptible de monitorizar, mayor adherencia terapéutica. Sin duda el gobierno debe favorecer esta política, menos burocracia, la tecnología facilitará la transformación, redes a larga escala en tiempos cortos. Las líneas de comunicación entre la sociedad y las instituciones traerán nuevas ideas y políticas más acertadas en la acción, la planeación más que el discurso.
- 1.3.3. Promover la implementación de unidades médicas de primer nivel en planteles de educación básica.

## Indicadores

- 1.1. Porcentaje de cobertura de servicios médicos y sociales.
- 1.2. Nivel de satisfacción del derechohabiente con la atención otorgada en el servicio.
- 1.3. Porcentaje de consultas por enfermedades infecciosas trasmisibles.

## OBJETIVO 2. Reducir las brechas de inequidad social

En México, la Carta Magna que actualmente rige, establece en su artículo primero el reconocimiento de los derechos de "todas las personas", así como la obligación del Estado para "promover, respetar, proteger y garantizar" esos derechos. "Con la frase todas las personas el legislador quiso evitar que se excluyera a alguien del disfrute de los derechos que la Constitución reconoce".<sup>28</sup>

Se ha hecho mención que la salud es un derecho no sólo reconocido por la Constitución mexicana, también es avalado por la ONU a través de la Declaración Universal de 1948. Ante tales disposiciones, los servicios de salud deben procurar la igualdad en oportunidades a aquellos que se encuentran en situación de desventaja, para recibir la atención médica que requieran.

En México, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) identifica como razones de discriminación o exclusión los niveles de riqueza, preferencia política, educación, preferencias sexuales, religión, etnia y condición de salud (discapacidad y enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo). Éstas a su vez motivan prácticas discriminatorias como:

- Impedir el acceso a la educación pública o privada por tener una discapacidad, otra nacionalidad o credo religioso.
- Prohibir la libre elección de empleo o restringir las oportunidades de acceso, permanencia y ascenso en el mismo, por ejemplo a consecuencia de la corta o avanzada edad.
- Establecer diferencias en los salarios, las prestaciones y las condiciones laborales para trabajos iguales, como puede ocurrir con las mujeres.
- Negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir la libre determinación del número y esparcimiento de los hijos o hijas.

<sup>28</sup> s/a, "Derechos humanos en el artículo 1º. Constitucional: obligaciones, principios y tratados", México: INEHRM, CNDH, SEP, 2015.



- Negar o condicionar los servicios de atención médica o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios.
- Impedir la participación, en condiciones equitativas, en asociaciones civiles, políticas o de cualquier otra índole a causa de una discapacidad.
- Negar o condicionar el acceso a cargos públicos por el sexo o por el origen étnico.<sup>29</sup>

Considerando que la salud es vista como el completo estado de bienestar físico, mental y social, la Propuesta establece líneas de acción concretas que buscan disminuir los niveles de discriminación en México<sup>30</sup>. En este objetivo, los ejes transversales de la perspectiva de género y la composición étnica y multicultural encuentra una expansión significativa, pues son estos grupos quienes se ven mayoritariamente expuestos a prácticas discriminatorias y de violencia por su condición de mujer y/o indígena.

## Estrategias

Estrategia 2.1 Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables libres de violencia.

### Líneas de acción

- 2.1.1 Reforzar las acciones de promoción de la salud y erradicación de la violencia y discriminación mediante la acción comunitaria y la participación social.
- 2.1.2. Promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia.
- 2.1.3. Promover la detección oportuna de hostigamiento escolar (bullying).

<sup>29</sup> Discriminación e igualdad, México: CONAPRED, disponible en: [http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id\\_opcion=142&top=142](http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&top=142)

<sup>30</sup> Vid. Encuesta nacional sobre discriminación en México, ENADIS 2010, CONAPRED.

- 2.1.4. Fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos.
- 2.1.5. Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia.

Estrategia 2.2. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.

Líneas de acción

- 2.2.1. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente.
- 2.2.2. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- 2.2.3. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en población clave.
- 2.2.4. Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo población indígena.

Estrategia 2.3. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y calidad de vida.

Líneas de acción

- 2.3.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.
- 2.3.2. Cerrar brechas de género en comunidades que garanticen un envejecimiento saludable.
- 2.3.3. Fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores.

Estrategia 2.4 Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.

Líneas de acción

- 2.4.1. Establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad.
- 2.4.2. Consolidar la infraestructura considerando las condiciones prevalentes de discapacidad en la población.

### OBJETIVO 3. Mejorar los modelos y métodos de la educación para la salud

En septiembre de 1978, la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, URSS, la Organización Mundial de la Salud, OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, convocaron a más de 130 países a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; por la situación geográfica en la que se llevó a cabo, ésta sería mejor conocida como la Declaración de Alma-Ata.

La conferencia, y posteriormente la declaratoria firmada, sentó bases en "la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo"<sup>31</sup>; con ello, el lema adoptado en dicha convención fue "Salud para todos en el año 2000".

En su primer punto la declaración versa:

I. La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.<sup>32</sup>

Es de observarse que se rescata la labor intersectorial y, más aún, interdisciplinaria; acotado a esto, en 1984 la Universidad Nacional Autónoma de México convocó a la reunión "Las Universidades y la Meta de Salud para todos en el año 2000", a la luz del tutelaje del evento, el doctor O. Akinkugbe, secretario técnico de la OMS, invitó a la modificación de los planes de

<sup>31</sup> Vid. <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

<sup>32</sup> *Ídem.*

estudio enfocados en la salud, para adecuarlos a la estrategia de la atención primaria de salud.

Por su parte, José Narro y Fernando Cano recopilaron, "como relatores de esa reunión, catorce postulados que daban inicio a diversas acciones en el Sistema Nacional de Salud que (...) debían incorporarse vinculatoriamente con las universidades de América Latina"<sup>33</sup>.

De ellos, se rescatan los siguientes:

- Las universidades habrán de apoyar el diseño de programas de atención primaria, preferentemente en áreas rurales y suburbanas marginadas.
- Es indispensable el desarrollo y la incorporación de tecnología adecuada en materia de salud, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de cada nación.
- Las agencias gubernamentales, en coordinación con las universidades, habrán de promover el desarrollo de experiencias que estimulen la participación de la comunidad en materia de salud
- Es recomendable que las universidades revisen los programas y las metodologías de formación de personal de salud y que los adecuen a las necesidades de los servicios y de la población.

Si bien los objetivos de la reunión de 1978, o la de 1984, que hubieron de cumplirse hace diecisiete años, se dejaron muy por detrás del ideal, es responsabilidad de cada país seguir con las líneas adoptadas con miras a tener "Salud para todos".

La Propuesta adopta esas ideas y promueve acciones que den cumplimiento a la meta que fijó Alma-Ata, mediante la participación activa del sector educativo en México, reconociendo que la constante superación cognitiva llevará al servicio de salud a una eficiencia y eficacia ascendente.

<sup>33</sup> CANO Valle, Fernando. *Derecho a la protección a la salud en América Latina*, México: CIES, IJ-UNAM, UNESCO 2010, Catedra bioética y medicina clínica, p. 22

## Estrategias.

Estrategia 3.1 Promover actitudes y conductas saludables en el ámbito personal, familiar y comunitario.

### Líneas de acción

- 3.1.1 Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables.
- 3.1.2 Promover la participación comunitaria, educativa, municipal y multi-sectorial para la prevención de accidentes en el hogar.
- 3.1.3 Proporcionar información sobre los riesgos para la salud y los estilos de vida saludable en el entorno laboral, comunitario y familiar.

Estrategia 3.2 Mejorar la formación de recursos humanos en el sistema de salud.

### Líneas de acción

- 3.2.1 Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto.
- 3.2.2 Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico, y culturales.
- 3.2.3 Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.
- 3.2.4 Promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo.
- 3.2.5 Contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales.
- 3.2.6 Promover la homologación en planes de estudio de las escuelas y facultades de medicina enfocados a la salud pública.

- 3.2.7 Generar un padrón único de escuelas y facultades de medicina con certificación de las secretarías de Salud, Educación Pública y Gobernación.
- 3.2.8 Fortalecer los planes de estudio actuales de las escuelas y facultades de medicina con la incorporación del uso de medicina tradicional, alternativa y complementaria.

#### OBJETIVO 4. Reducción y prevención de enfermedades de riesgo mortal

Uno de los objetivos claros de todo país que aspira al pleno desarrollo constante y de los retos más importante es mantener los porcentajes balanceados entre esperanza de vida y tasas de mortalidad y morbilidad en un balance que pondere la primera sobre las después mencionadas; ello conlleva a un análisis del proceso salud-enfermedad, descifrar por qué origina las enfermedades y lo que determina por qué unas personas mueren y otras no.

En este sentido, uno de los componentes que más datos arroja a la comprensión e investigación del tema son los sociales, es decir, "las determinaciones estructurales dentro del contexto histórico-social en el que se encuentran los individuos (...) condiciones materiales de vida y al proceso de trabajo".<sup>34</sup>

Aunque la Salud (como derecho) es concebida como universal, las causas que nos alejan de ese estado de bienestar son múltiples en consecuencias. El opuesto, es decir, la enfermedad, tiene sus orígenes en numerosos factores sociales tales como la edad, el ingreso, la educación, el género, la etnicidad y el lugar de residencia.

Ejemplo de ello es considerar que, por ejemplo, "a principios del siglo pasado, las principales causas de muerte en nuestro país eran enfermedades transmisibles (...), infecciones gastrointestinales y respiratorias"<sup>35</sup>; con las constantes transformaciones de los sistemas político-económicos, durante el siglo XX se observó un aumento en enfermedades no transmisibles y crónico-degenerativas, como tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y accidentes.<sup>36</sup>

Según datos del INEGI, fue hasta el 2016 que México pudo superar la línea de los 75 años como esperanza de vida; sin embargo, la variable "sexo" muestra una brecha de al menos 5.2 años de diferencia, las mujeres tienen

<sup>34</sup> BELLAMY Ortiz, Clara y Marcia Villanueva Lozano, (2015) "El proceso salud-enfermedad" en *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*. Encuesta Nacional de Salud, México: IJ-UNAM, p.p. 29-42

<sup>35</sup> FLORES Rodríguez, Samantha, et. al., (2015), "La situación de la salud en México", *Ibid.*, pp. 43-88

<sup>36</sup> *Ídem.*



una esperanza de vida de 77.8 años, mientras que los hombres aún no superan la línea de los 75, tienen una esperanza de vida de 72.6 años.

Dentro de esas estadísticas, Nuevo León ocupa el primer lugar en esperanza de vida con 76.7 años promedio; en tanto, Chiapas es quien menos esperanza registra con un promedio general de 73.0 años. Los índices de mortalidad también cambian conforme el lugar de residencia y sexo; en el mismo año de 2016, se registraron un total de 685 766 defunciones en el país: 382 745 correspondieron a hombres, 305 599 fueron mujeres y 422 no tienen un registro específico. El Estado de México presentó la mayor tasa general de defunciones, alcanzado las 82 351 muertes en ese año; en contraste, Baja California Sur, registró 3 183 decesos.

Contrastando dicha información con la proporcionada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), las causas de la mortalidad son varias, destacando, hasta el 2014, las diez principales, a saber: 1) Enfermedades del corazón; 2) Diabetes Mellitus; 3) Tumores malignos: de tráquea, bronquios y del pulmón, de la próstata, del hígado y de las vías biliares, y de mama; 4) Accidentes, destacando los relacionados con tránsito vehicular; 5) Enfermedades del hígado, destacando el alcoholismo; 6) Enfermedades cerebrovasculares; 7) Neumonía e Influenza; 8) Agresiones u homicidios; 9) Enfermedades pulmonares y, 10) Ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal: Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios.<sup>37</sup>

El comportamiento social, político, económico, ambiental y laboral, son factores que inevitablemente afectan al estado de salud de los mexicanos. La Propuesta tiende a orientar las políticas de salud que el país necesita para revertir el crecimiento de las enfermedades y causas de muerte en el país; pero sin descuidar la creciente esperanza de vida, previniendo de esa forma una vida larga y de calidad.

<sup>37</sup> República Mexicana: Diez principales causas de mortalidad general, 2014, CONAPO, [en línea] URL: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/177644/00\\_Resultados\\_Mortalidad\\_General\\_2014.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/177644/00_Resultados_Mortalidad_General_2014.pdf)

## Estrategias

Estrategia 4.1 Promover y ejecutar actividades de prevención de riesgos para la salud y la vida.

### Líneas de acción

- 4.1.1 Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.
- 4.1.2 Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- 4.1.3 Fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles.
- 4.1.4 Promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones que permitan alcanzar una efectiva reducción de riesgos.

Estrategia 4.2 Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvicouterino, de mama y próstata.

### Líneas de acción

- 4.2.1 Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama.
- 4.2.2 Fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas.
- 4.2.3 Garantizar la atención adecuada mediante la integración de redes de atención especializada para cáncer de infancia y adolescencia.

Estrategia 4.3 Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa

Líneas de acción

- 4.3.1 Mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes de tráfico con base en evidencia científica.
- 4.3.2 Mejorar el marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con base en evidencia científica.

## OBJETIVO 5. Participación intersectorial

En México, son seis las instituciones públicas encargadas de velar por la cobertura de salud y seguridad social entre sus derechohabientes, cada una con distinta población objetivo, cada una con ejes rectores peculiares, y cada una con presupuesto destinado y ejercido de manera desigual. Las Secretarías de Salud, Defensa y Marina, Petróleos Mexicanos así como el IMSS e ISSSTE, tienen la responsabilidad de coadyuvar en el gran reto de la cobertura universal de salud, sin embargo, como ya se mencionó, cada una de estas, así como sus programas dependientes presentan disimilitudes que poco ayudan a lograr la meta.

En conjunto, suman cerca de 66 programas de la función salud distribuidos en siete ramos y cinco subfunciones. La Secretaría de Salud tiene el mayor número de programas: 28, seguida por el ISSSTE con 19 y el IMSS con 10. En cuanto a presupuesto, el IMSS recibe 45% del presupuesto asignado a la función salud (515.1 miles de millones de pesos).<sup>38</sup>

A continuación se muestra una tabla referente a la desigualdad presupuestal y de cobertura que presentan los organismos mencionados, así como sus programas referentes.

<sup>38</sup> Vid. MACÍAS Sánchez, Alejandra, *Programas de salud y su desempeño*, en <http://ciep.mx/programas-de-salud-y-su-desempeno/>

Informe de Presupuesto, Gasto y Cobertura, 2016

Institución Programa	Presupuesto (mdp)[1]	Derechohabientia [2]	Gasto total (mdp) [5]	Gasto per capita [6]	
IMSS	Atención a la Salud	\$191 577	\$ 75 593 970	\$265 325	\$3 510
	Atención a la Salud en el Trabajo	\$1 188			
	Inversión y Desarrollo Tec. en Salud.	\$727			
	Prevención y control de enfermedades	\$5 228			
	<b>Total Presupuesto en Salud</b>	<b>\$ 198 720</b>			
ISSSTE	Atención a la Salud	\$26 601	\$ 13 405 827	\$53 266	\$3 973
	Inversión y Desarrollo Tec. en Salud	\$98			
	Prevención y control de enfermedades	\$1 002			
	<b>Total Presupuesto en Salud</b>	<b>\$27 701</b>			
SEDENA	Programa de Sanidad Militar	\$6 063	\$ 1 986 048	\$ 21 192	\$10 671
MARINA	Administración y fomento de los servicios de salud	\$1 460			
	Total Presupuesto en Salud (ISSFAM)	\$7 523			
PEMEX	Servicios médicos al personal de PEMEX	\$13 670			
	<b>Total Presupuesto en Salud</b>	<b>\$21 193</b>			
IMSS-PROSPERA		\$11 350	\$ 12 344 941 [3]		\$920 [7]
SEGURO POPULAR		\$ 68 703	\$ 59 484 [4]		\$1 168

[1] Extraídos de la base de datos de los programas incluidos en la página [www.transparenciapresupuestaria.gob.mx](http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx)

[2] [5] y [6] Datos del Centro de Investigación Económica Presupuestaria, en línea: [http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#\\_ftnref1](http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#_ftnref1)

[3] Datos del padrón de beneficiados de la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA, en línea: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssProspere/estadisticas/01-PoblacionAtendida.pdf>

[4] Datos de la Cobertura del Seguro Popular, en línea: [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpgfs/reglas\\_operacion/4\\_lineamientos\\_generales.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpgfs/reglas_operacion/4_lineamientos_generales.htm)

[7] Resultado de la división del Presupuesto otorgado entre el número de derechohabientes del programa

La desigualdad con la que es tratado el derechohabiente en gasto per cápita, se traduce en una imagen de deficiencia en la labor del recurso humano, y es producto de la ineficiencia de servicio a causa de presupuesto otorgado. Para reducir estas variables negativas es necesario que todas las instituciones de salud, públicas y privadas colaboren directamente con los tres niveles de gobierno, y entre ellas mismas, a fin de aprovechar las ventajas que cada uno pudiera rescatar, con el fin de reducir los impedimentos para lograr una cobertura universal de salud eficiente y de calidad.

## Estrategias

Estrategia 5.1 Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones.

### Líneas de acción

- 5.1.1 Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud.
- 5.1.2 Consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación.
- 5.1.3 Promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes.
- 5.1.4 Promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales.

Estrategia 5.2 Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes.

### Líneas de acción

- 5.2.1 Realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población.

5.2.2 Promover la participación comunitaria, municipal e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles.

Estrategia 5.3 Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud.

Líneas de acción

5.3.1 Evaluar la distribución y ejercicio de competencias en materia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas.

5.3.2 Promover en el ámbito municipal y estatal la aplicación de medidas en materia de saneamiento básico.

5.3.3 Fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres.

5.3.4 Fortalecer la red de municipios para la salud para el abasto de agua potable en escuelas y comunidades.

5.3.5 Incluir a la Secretaría de Salud en los Consejos de Seguridad Nacional y de Seguridad Interior.

Estrategia 5.4 Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población

Líneas de acción

5.4.1 Incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud.

5.4.2 Promover la inversión y corresponsabilidad del sector privado para la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud.

5.4.3 Promover la cooperación público-privado para capacitación, uso y mantenimiento de la infraestructura subutilizada de ambos sectores.

## OBJETIVO 6. Corresponsabilidad internacional.

"La salud, el desarrollo y la seguridad global están íntimamente ligadas (...). Además, la seguridad de todos los países depende cada vez más de la capacidad de adoptar, individual y colectivamente, medidas eficaces para reducir las amenazas en materia de salud", estas palabras fueron pronunciadas por el secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, con motivo del Día Mundial de la Salud en abril de 2007; en ellas se rescata el llamado a la colaboración internacional en materia de salud.

Entre las nuevas eventualidades que representan amenazas o vulnerabilidades de la agenda de seguridad internacional, las epidemias son quizá la mayor amenaza que en salubridad pudiera temer un país, sin embargo, al ser un tema poco discutido en prosperidad internacional, estas pasan a un segundo plano, muy por debajo de agentes económicos, políticos, bélicos, etcétera.

México debe representar el parteaguas en la diplomacia internacional, procurando la vanguardia en la realización e impulso de foros especializados en salud y seguridad social; comprometido con la protección de los derechos humanos de todos los mexicanos residentes en territorio nacional y extranjero, incluyendo, por supuesto, la salud.

Las estrategias presentadas y sus líneas de acción, procuran ese avance del país para influir en el servicio exterior y que todos los países comprometidos con la causa, vean en el derecho de la salud, como uno solo, universal y libre de disputas políticas y financieras.

### Estrategias

Estrategia 6.1 Promover un México con responsabilidad global en salud.

### Líneas de acción

6.1.1 Consolidar el papel de México como un actor responsable y comprometido en el ámbito multilateral.



- 6.1.2 Posicionar a México como líder presencial y organizacional de foros internacionales de salud.
- 6.1.2 Consolidar las relaciones internacionales de México en términos de intercambio académico, tecnológico, científico y de aprendizaje.
- 6.1.3 Ponderar los tratados internacionales, con perspectiva de derechos humanos en la salud, en todas las normativas mexicanas.
- 6.1.4 Promover e impulsar la figura de seguro de salud transfronterizo bajo el cobijo de la salud como derecho humano universal.
- 6.1.5 Establecer la figura de Diplomático de la Salud en el Servicio Exterior Mexicano.

Estrategia 6.2 Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante.

#### Líneas de acción

- 6.2.1 Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero.
- 6.2.2 Ofrecer asistencia y protección a la población migrante y repatriada no acompañada.
- 6.2.3 Ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los Consulados, primordialmente en Estados Unidos de América.
- 6.2.4 Fortalecer las acciones y estrategias binacionales de Salud.

## FINANCIAMIENTO CONCENTRADO PARA UNA COBERTURA MÁS AMPLIA EN SALUD

**L**a Ley General de Salud establece en su artículo 5º, que el Sistema Nacional de Salud está constituido por dependencias y entidades públicas, prestadores de servicios de salud del sector social y privado, y distintos mecanismos que permiten mantener la coordinación institucional para garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de salud.

Un elemento importante del Sistema Nacional de Salud es la coordinación institucional, no sólo entre los sectores público social y privado, sino también entre los componentes de cada uno de los sectores. En el caso del sector público, se ha criticado su naturaleza fragmentada,<sup>39</sup> lo que a su vez dificulta una adecuada coordinación.

Dicha fragmentación se advierte en el sector público del Sistema de Salud en México al considerar las diversas instituciones que lo comprenden y que ejercen las mismas funciones; así como en el financiamiento.

El planteamiento principal es que si se termina con el sistema de salud disperso y con el financiamiento a la salud dispersa, se puede contribuir a asegurar el derecho a la protección a la salud.

<sup>39</sup> OCDE, Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016, p. 15.

## Sistema Nacional de Salud fragmentado

El Sistema comprende varias Instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que son dos instituciones con estructura a nivel nacional que brindan atención a personas según su empleo, siendo el primero el más grande. Además, están otras instituciones tales como la Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que también poseen estructuras de servicios de salud para sus propios asegurados.

En los casos mencionados, las instituciones ofrecen servicios a trabajadores del sector formal, a sus familiares y a jubilados mediante hospitales, clínicas y médicos de estas instituciones. Cada uno cuenta con sus propios asegurados según sean trabajadores de gobierno, de empresas privadas, o de las fuerzas armadas nacionales.

Además, existen instituciones y programas que atienden a la población que no cuenta con seguridad social. En este caso se pueden mencionar, a la Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales en Salud (SESA) que proveen servicios a través de hospitales, clínicas y médicos propios.

Asimismo, está el Seguro Popular, perteneciente al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. El Seguro es operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud. El Seguro Social ofrece servicios médicos en hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud y de SESA.

También está el Programa IMSS-PROSPERA que atiende a la población que carece de seguridad social y que reside en zonas rurales y urbano-marginalizadas. Es decir, este programa otorga servicios médicos a la población más vulnerable del país.

El Programa IMSS-PROSPERA recurre a la provisión de servicios de salud de primero y segundo nivel de atención del IMSS (hospitales, clínicas y

médicos del IMSS que participan en este programa) y de tercer nivel prestados por la Secretaría de Salud. IMSS-PROSPERA, proporciona el componente salud a las familias afiliadas a PROSPERA Programa de Inclusión Social y se prestan servicios a las personas afiliadas al Seguro Popular.<sup>40</sup>

El Seguro Popular y IMSS-PROSPERA comparten objetivos. Los beneficiarios de IMSS-PROSPERA en su componente de salud son un grupo poblacional que forma parte del objetivo del SPSS en aquellos casos en los que no cuenten con ningún tipo de seguridad social en salud.<sup>41</sup>

El resultado es un sistema integrado por varios subsistemas verticales poco integrado entre sí, segmentados unos de otros, en donde cada una realiza las tres funciones básicas en un sistema de salud: financiamiento, organización y administración del consumo de la salud y provisión; y no existe transferencia de flujos financieros ni afiliados o pacientes entre ellos, a menos que eso suceda por cambios en el estatus laboral de los trabajadores.<sup>42</sup> Sin embargo, donde no cuentan con infraestructura propia para otorgar servicios médicos, utilizan infraestructura no propia. Esto se realiza a través de acuerdos interinstitucionales, especialmente en los casos de IMSS-PROSPERA y el Seguro Popular.

Por otra parte, cada uno desarrolló varios programas descoordinados, por ejemplo, en 2010, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Conejal), existían 40 programas diferentes en materia de salud repartidos en seis instituciones: seis correspondientes al IMSS, 13 a la Secretaría de Salud, uno a la Secretaría de Hacienda, 16 al ISSSTE, dos a la SEMARNAT y dos a la Secretaría de la Educación Pública.<sup>43</sup>

Este panorama ofrece una visión compleja que fácilmente lleva a la ineficiencia en financiamiento, organización, implementación y prestación

<sup>40</sup> IMSS. "Misión IMSS-PROSPERA", visible en: <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>

<sup>41</sup> Secretaría de Salud, "Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados Enero-Junio 2017", México, Secretaría de Salud, 2017, visible en: [http://www.senado.gob.mx/sdsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf\\_de\\_Res\\_del\\_SPSS\\_Ene-Jun\\_2017.pdf](http://www.senado.gob.mx/sdsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf)

<sup>42</sup> MARTÍNEZ, Gabriel. "Análisis de desigualdad del gasto en salud en México", documento de apoyo del Informe sobre el Desarrollo Humano, México, 2011, p. 6,

<sup>43</sup> CONEVAL, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011*, México, Coneval, 2012, p. 89.

de servicios de salud, además de una administración bastante ininteligible. No sorprende pues, que los gastos administrativos, en México ascienden a 8.6% del gasto total en salud (datos del 2013), que representan los gastos en administración más elevados en la OCDE.<sup>44</sup>

## Financiamiento fragmentado

En cuanto al financiamiento, en concordancia con un sistema de compleja organización, también se advierte un financiamiento complicado. El Presupuesto Público Federal relacionado con la Salud se divide entre las diversas instituciones antes mencionadas e incluye también diversos ramos del presupuesto federal: Ramo 12, Ramo 19, Ramo 33 y Protección Social en Salud.

El Ramo 12 incluye el presupuesto de la Secretaría de Salud, el componente de salud del programa PROSPERA, recursos para el Seguro Popular, los Institutos Nacionales de Salud y otros hospitales.

En el Ramo 19 se agrupan las provisiones de los recursos para financiar el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social. Este Ramo incluye las transferencias fiscales a cargo del Gobierno Federal destinadas a cubrir el pago de pensiones, cuotas, aportaciones, subsidios, apoyos y otras erogaciones de seguridad social, las cuales son ministradas a los Institutos de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE e ISSFAM) y a otros beneficiarios. Incluye:

- Las pensiones en curso de pago, las garantizadas, las aportaciones estatutarias a los ramos de seguro del IMSS.
- Las erogaciones que demandan las operaciones del Programa IMSS-PROSPERA que administra ese Instituto; así como las pensiones en curso de pago.
- El gasto no pensionario y la cuota social del seguro de salud del ISSSTE.

<sup>44</sup> Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016.

- El pago de las pensiones y compensaciones militares.
- Los gastos de defunción del personal de las Fuerzas Armadas Mexicanas.
- La aportación anual equivalente al 15.0 % de los haberes, haberes de retiro y pensiones para financiar el servicio médico integral a favor de los militares y de sus familiares.
- Las cuotas y aportaciones correspondientes al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez a cargo del Estado (Afores IMSS e ISSSTE).
- Las pensiones a los jubilados de Ferrocarriles Nacionales de México en liquidación.
- Las pensiones de los ex trabajadores de Luz y Fuerza del Centro en liquidación.
- Los recursos correspondientes para hacer frente a los gastos de seguridad social de los productores de caña de azúcar de escasos recursos y los subsidios para el Régimen de Incorporación.<sup>45</sup>

Como se advierte, el Ramo 19, incluye recursos para salud y prestación de servicios de salud a la persona, aportaciones de seguro social a cargo del gobierno federal y para la administración del Programa IMSS-PROSPERA.

Además, dentro del gasto federalizado, es decir, de las transferencias de recursos a las entidades federativas y municipios previstos en el presupuesto federal, también se encuentran asignaciones relacionadas con la salud.

En el Ramo 33, aportaciones federales para Entidades Federativas y Municipios son recursos que la Federación transfiere a las haciendas públicas de los Estados, y de la Ciudad de México, y en su caso, a los Municipios. Este Ramo, pertenece al gasto programable, por lo que su asignación debe cumplirse independientemente de la evolución de la recaudación o de cualquier otra variable. El Ramo 33 incluye un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA),<sup>46</sup> que tiene como objetivo fortalecer los Servicios

<sup>45</sup> SHCP, "Presupuesto de egresos de la federación 2017. Estrategia programática. Ramo: 19 Aportaciones a Seguridad Social", visible en: [http://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2017/docs/19/r19\\_ep.pdf](http://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2017/docs/19/r19_ep.pdf)

<sup>46</sup> Otros conceptos que incluye son: Nómina Educativa y Gasto Operativo, Infraestructura Social, Fortalecimiento de los Municipios, Educación tecnológica de Adultos, Seguridad Pú-

Estatales de Salud para que éstos respondan con mayor eficacia y eficiencia a las necesidades de salud de la población sin seguridad social.<sup>47</sup>

Como parte del gasto federalizado se encuentran los recursos del concepto Protección Social en Salud. Estos recursos forman parte del programa presupuestario "Seguro Popular", que está a cargo de la CNPSS.<sup>48</sup>

Además, las entidades también pueden recaudar ingresos propios (mediante impuestos y gravámenes por servicios o uso de recursos) y asignar los recursos provenientes de las participaciones al financiamiento del rubro de la salud.

Los recursos provienen de diversos ramos del presupuesto Federal además de las entidades federativas. Como se advierte, el financiamiento también es complejo y disperso.

Se puede tomar por ejemplo, el caso del Programa IMSS-PROSPERA, cuyo financiamiento proviene de dos fuentes: Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social transferido como subsidio por el Gobierno Federal, a partir de la aprobación anual efectuada en la Cámara de Diputados y plasmada en el Presupuesto de Egresos de la Federación, y Ramo 12 Salud con recursos transferidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el otorgamiento del componente Salud a los beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social.<sup>49</sup>

Además, los ramos no son exclusivos para la salud. En el caso del Ramo 19, se advierte que también incluye gastos relacionados con pensiones y seguros de retiro.

Ahora bien, algunos de los posibles resultados de un sistema de salud fragmentado y de un financiamiento también fragmentado son:

---

blica y Fortalecimiento de las Entidades Federativas.

<sup>47</sup> HCP, "Presupuesto de egresos de la federación 2017. Estrategia programática. Ramo 33", visible en: [http://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2017/docs/33/r33\\_ep.pdf](http://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2017/docs/33/r33_ep.pdf).

<sup>48</sup> CEFP, "Análisis del PPEF 2018. Gasto Federalizado", visible en: <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2017/notacefp0252017.pdf>.

<sup>49</sup> IMSS, "Programa IMSS-PROSPERA", visible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/12-Cap08.pdf>

- Acceso deficiente a los servicios y baja satisfacción de los ciudadanos
- Uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, además de poca transparencia.
- Incremento en los costos de producción
- Poca coordinación entre los componentes

Por tanto, a la par de buscar una Cobertura Universal de los Servicios de Salud, también es importante terminar con la dispersión de los recursos destinados a la salud y separar claramente los servicios de salud, con otros servicios de seguridad social y desarrollo social. Aunque sin duda, la salud está íntimamente vinculada con cuestiones de seguridad social como las pensiones, y con temas de desarrollo social, la actual distribución de recursos en donde el tema de salud no está concentrado ocasiona ineficiencia.

## Financiamiento concentrado para la salud

Ante la fragmentación de recursos que lleva a su uso ineficiente, es necesario establecer un sistema de relaciones que enlace las funciones de salud (financiamiento, organización, así como administración y provisión del consumo de los servicios de salud) y que permita el uso más eficiente de los recursos. De inicio, es necesario identificar los componentes de los servicios de salud y separarlos de otros componentes que, aunque necesarios, deben ser atendidos de manera separada, aunque coordinada. Asimismo, los recursos también deben estar claramente identificados.

Es decir, los recursos para los servicios de salud no deben confundirse de ninguna manera con los recursos de pensiones o de asistencia o desarrollo social. De esta forma, el Ramo 12 puede reunir todos los requisitos para salud, sin distinción entre presupuesto de la Secretaría de Salud, el componente de salud del programa PROSPERA, recursos para el Seguro Popular, los Institutos Nacionales de Salud y otros hospitales. Es decir, dado que se busca un sistema universal de salud, el presupuesto debe también corresponder a



un sistema universal de salud que otorgue servicios a todos los necesitados sin tener programas complejos como lo es IMSS-PROSPERA, por ejemplo.

Además, los recursos del Ramo 19 que son asignados a servicios de salud, así como los asignados a IMSS-PROSPERA, incluido el financiamiento al IMSS, ISSSTE, ISSAFAM, entre otros deben, incluirse al Ramo 12. El fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y los recursos del concepto de protección social en salud debe también formar parte de un ramo exclusivo a la salud. En este sentido, el Ramo 19 puede atender cuestiones de seguridad social como pensiones y seguros sin que estos se mezclen con los servicios de salud. Por otra parte, IMSS-PROSPERA no tiene caso si la población objetivo coincide con aquel del Seguro Popular. Además, la idea es también terminar con la fragmentación del sistema. Debemos recordar, además, que lo anterior evitaría la necesidad de acuerdos interinstitucionales y el uso de infraestructura de otras instituciones.

De esta forma, estarían reunidos el financiamiento disperso, se haría más eficiente y se podría ampliar la cobertura y acceso a los servicios de salud y se podría acercarse más a el cumplimiento efectivo del derecho de protección a la salud y alcanzar la cobertura universal.



Academia Nacional de Medicina de México  
2018