

F U N D A D A E N 1 8 6 4

Gaceta Médica de México



Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Volumen 148 - N.º 6

Noviembre - Diciembre 2012

ISSN: 0016-3813

www.anmm.org.mx

GIMM

En este número:

IV Simposio Algunos problemas globales de salud de impacto local: Hacia la transformación del Sistema de Salud en México



PUBLICACIONES PERMANYER
www.permanyer.com



Gaceta Médica de México

Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Volumen 148 - N.º 6

| Noviembre - Diciembre 2012

| ISSN: 0016-3813

www.anmm.org.mx

Incluida en/Indexed in: Index Medicus de la NLM, EUA; Medline de Medlars NLM, EUA; Biologica Abstracts, EUA; IMLA, Bireme-OPS, Brasil; Lilacs, Bireme-OPS, Brasil; Excerpta Medica, Excerpta Médica Foundation, Holanda; Artemisa, Cenids-SSA, México; Periódica, CICH-UNAM, México; Bibliomexsalud, CICH-IMSS-UNAM, México; Journal Citation Reports (JCR), EUA

EDITOR / EDITOR IN CHIEF

Alfredo Ulloa-Aguirre

COEDITOR / ASSOCIATE EDITOR

Fernando Larrea G.

EDITORES EMÉRITOS / HONORARY EDITORS

Luis Benítez Bribiesca
Silvestre Frenk

ASISTENTE EDITORIAL / EDITORIAL ASSISTANT

Ma. Carmen Porragas de la C.

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Emilio García Procel
José Halabe Cherem
Pablo A. Kuri Morales

Juan Pedro Laclette
Alejandro Mohar Betancourt
José Narro Robles

Alberto Lifshitz
Manuel H. Ruiz de Chávez
Julio Sotelo

COMITÉ EDITORIAL / EDITORIAL COMMITTEE

Juan Miguel Abdo Francis	Luis Felipe Abreu	Israel Lerman	Guillermo Ruiz Argüelles
Sara Gloria Aguilar Navarro	Luis Alberto Fernández Carrocera	Luis Llorente Peters	Fabio Salamanca Gómez
Carlos A. Aguilar Salinas	Francis Gabbai Laval	Mardia López Alarcón	Melchor Sánchez Mendiola
María del Carmen Amigo	Fernando Gabilondo Navarro	Juan Carlos López Alvarenga	Raúl Sansores Martínez
Lourdes Arellanes	Gerardo Gamba Ayala	Lizbeth López Carrillo	Patricio Santillán Doherty
Oscar Arrieta Rodríguez	Jaime García Chávez	Malaquías López Cervantes	Raffaella Schiavon
José Alberto Ávila Funes	Ignacio García de la Torre	Xavier López Karpovitch	Moisés Selman
Fernando Barinagarrementeria Aldatz	Emilio García Procel	Yolanda López Vidal	José Sifuentes Osornio
Verónica Barois Boullard	Raquel Gerson Cwilich	Alejandro Macías Hernández	Xavier Soberón
Hugo Barrera Saldaña	Diana Gómez Martín	Abraham Majluf Cruz	Antonio Soda Merhi
Gerardo Barroso Villa	Roberto González Amaro	Manlio Fabio Márquez Murillo	Julio Sotelo
Carlos Beyer Flores	Clara Gorodezky	Jaime Mas Oliva	Miguel Stoopon
Paulina Bezauri	Alicia Graef Sánchez	Héctor Mayani	Lizbeth Tejero
Rubén Burgos Vargas	Enrique Graue Wiechers	Jorge Meléndez Zajgla	Armando Tovar Palacio
Carlos Campillo Serrano	Rosalinda Guevara	Nahúm Méndez Sánchez	Misael Uribe
Alessandra Carnevale Cantoni	Guerardo Guinto Balanzar	Moisés Mercado Atri	Fermín Valenzuela
Sebastián Carranza Lira	Luis Miguel Gutiérrez Robledo	Miguel Ángel Mercado	Mario Humberto Vargas Becerra
Raúl Carrillo Esper	Ali Halhali Baghdad	Alejandro Mohar Betancourt	Florencia Vargas Vorácková†
Edmundo Chávez Cosío	Mauricio Hernández Ávila	Osvaldo M. Mutchinick B.	Juan Carlos Vázquez
Teresa Corona Vázquez	Miguel Herrera Hernández	Humberto Nicolini	Eduardo Vázquez-Vela Sánchez
Ricardo Correa Rotter	Marcia Hiriart Urdanivia	Mario Peláez	Leopoldo Vega Franco
Juan Ramón de la Fuente	José Clemente Ibarra Ponce de León	Carlos Pineda Villaseñor	Ma. Elisa Vega Memije
Camilo de la Fuente Sandoval	Fiacro Jiménez Ponce	Samuel Ponce de León	Juan Verdejo
José Guillermo Domínguez Cherit	Helgi Helene Jung Cook	José Luis Ramírez Arias	Cynthia Villarreal
Judith Domínguez Cherit	Susana Koffman	Ana Cecilia Rodríguez de Romo	Leonardo Viniestra Velázquez
Alfonso Dueñas González	Eduardo Lazcano Ponce	Martha Eugenia Rodríguez Pérez	Niels Wachter Rodarte
M.ª Teresa Facha García	Ana Elena Lemus	Martín Rosas Peralta	Enrique Wolpert Barraza

EDITORES DE SECCIÓN / SECTION EDITORS

Salud y Derecho

José Ramón Cossío Díaz
Lorena Goslinga Remírez
Rodrigo Montes de Oca Arboleya

Biología Molecular y Medicina

Fabio Salamanca Gómez

Ejercicios Clínico-Patológicos

Jesús Aguirre-García
Manuel de la Llata-Romero
Juan Urrusti-Sanz

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C. / NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE OF MEXICO
MESA DIRECTIVA 2011-2012 / BOARD OF DIRECTORS 2011-2012

PRESIDENTE / PRESIDENT

David Kershenobich Stalnikowitz

VICEPRESIDENTE / VICE-PRESIDENT

Enrique Ruelas Barajas

SECRETARIO GENERAL / GENERAL SECRETARY

Enrique Graue Wiechers

TESORERO / TREASURER

Javier Mancilla Ramírez

SECRETARIO ADJUNTO / ASSISTANT SECRETARY

Francisco P. Navarro Reynoso

Gaceta Médica de México, órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C., es uno de los medios de difusión científica de la Corporación. Todo el material científico publicado en Gaceta queda protegido por derechos de autor. Gaceta Médica de México no es responsable de la información y opiniones de los autores. Toda correspondencia deberá ser dirigida al Editor, Dr. Alfredo Ulloa-Aguirre, Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Bloque «B», Avenida Cuauhtémoc N.º 330, México, D.F., C.P. 06725, México.

Precio de suscripción (6 números) \$ 450.00; US \$ 100.00 extranjeros particulares; US \$ 150.00 instituciones extranjeras. Estudiantes con credencial escolar actualizada, 50% de descuento. Las remesas deberán hacerse a nombre de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C. y enviadas a la Oficina Editorial. Toda correspondencia con asuntos editoriales deberá ser dirigida a la Oficina Editorial. Certificado de Licitud de Título N.º 864; Certificado de Licitud de Contenido N.º 509, expedidos por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas. Tiraje de 2,000 ejemplares. Publicación autorizada como correspondencia de 2.ª clase por la Dirección General de Correos, con fecha de 6 de febrero de 1981. Registro DGC 0010181. Características 228421122. Tel. 5578 2044, Fax. 5578 4271.

© 2012 GACETA MÉDICA DE MÉXICO
© 2012 de la presente edición P. Permanyer

Publicación bimestral elaborada por la Oficina Editorial de Gaceta Médica de México.

Gaceta Médica de México is the official journal of the Academia Nacional de Medicina de México, A.C. (National Academy of Medicine of Mexico). The scientific material published in Gaceta is protected by copyright. Gaceta Médica de México does not hold itself responsibility for any statements made by its contributors. Mail should be sent to the Editor, Dr. Alfredo Ulloa-Aguirre, Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Bloque «B», Avenida Cuauhtémoc No. 330, México, D.F., C.P. 06725, México.

Yearly subscriptions (six numbers): Mex. Cy. \$450.00; foreign subscribers U.S. Cy. \$ 100.00; foreign institutions U.S. Cy. \$ 150.00. Subscription fees (checks only) should be payable to Academia Nacional de Medicina A.C. and sent to the Editorial Office. Degree Legality Certification Number 864 Certification Legality Contents Number 509, Issued by the Evaluating Commission of Publications and Illustrated Journals. Edition of 2,000 copies. Authorized as a second class mail by the Dirección General de Correos (General Post Office) in February 6, 1981. Register DGC 00101, Characteristics 228421122. Tel. 5578 2044, Fax 5578 4271.

© 2012 GACETA MÉDICA DE MÉXICO
© 2012 current edition P. Permanyer

Bimonthly publication edited by the editorial office of Gaceta Médica de México.



PUBLICACIONES PERMANYER

www.permanyer.com

Mallorca, 310 - 08037 Barcelona, España

Tel.: +34 93 207 59 20

Fax: +34 93 457 66 42

Contacto en México: mexico@permanyer.com



Reservados todos los derechos.

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores llevaran a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.



Impreso en papel totalmente libre de cloro



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)



Ref. 904AX126



Gaceta Médica de México

Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Volumen 148 - N.º 6

| Noviembre - Diciembre 2012

| ISSN: 0016-3813

www.anmm.org.mx

Contenido

Simposio

Problemas globales de salud de impacto local. Introducción	501
<i>Juan Ramón de la Fuente</i>	
El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?	502
<i>Salomón Chertorivski Woldenberg y German Fajardo Dolci</i>	
La transformación del sistema y los espacios de la salud pública	509
<i>Pablo Kuri-Morales y Carolina Chávez-Cortés</i>	
La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular	518
<i>David García-Junco Machado</i>	
La seguridad social en la transformación del sistema de salud	525
<i>Santiago Echevarría-Zuno</i>	
Economía de la transformación del sistema de salud	533
<i>Eduardo González Pier</i>	
La política como herramienta en la transformación del Sistema Nacional de Salud	545
<i>Javier Dávila Torres</i>	
La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria	552
<i>Luis Durán-Arenas, Guillermo Salinas-Escudero, Víctor Granados-García y Silvia Martínez-Valverde</i>	
La atención de especialidad en el proceso de transformación	558
<i>Romeo S. Rodríguez Suárez, Armando Mansilla Olivares y María Juana Díaz Jiménez</i>	
Innovaciones para la transformación de los sistemas de salud	567
<i>Roberto Tapia-Conyer, Héctor Gallardo-Rincón y Rodrigo Saucedo-Martínez</i>	
El papel de las instituciones educativas en la transformación del sistema de salud en México	572
<i>Enrique Graue-Wiechers</i>	
La investigación en salud	580
<i>Adolfo Martínez-Palomo</i>	
Impactos de la globalización en la salud mental	586
<i>Juan Ramón de la Fuente</i>	
Inequidades en la salud en México	591
<i>Nivaldo Linares-Pérez y Oliva López-Arellano</i>	
El Consejo de Salubridad General	598
<i>David Kershenobich Stalnikowitz</i>	



Gaceta Médica de México

Official journal of the National Academy of Medicine of Mexico, A.C.

Volume 148 - No. 6

| November - December 2012

| ISSN: 0016-3813

www.anmm.org.mx

Content

Symposium

Local impact of health global problems. Introduction	501
<i>Juan Ramón de la Fuente</i>	
The Mexican health system: does it require a transformation?	502
<i>Salomón Chertorivski Woldenberg y German Fajardo Dolci</i>	
The system transformation and public health	509
<i>Pablo Kuri-Morales and Carolina Chávez-Cortés</i>	
Evolution of the health system in Mexico	518
<i>David García-Junco Machado</i>	
Social security for health system transformation	525
<i>Santiago Echevarría-Zuno</i>	
Economics of health system transformation	533
<i>Eduardo González Pier</i>	
Politics as a tool in National Health System transformation	545
<i>Javier Dávila Torres</i>	
Transforming health systems based on primary care	552
<i>Luis Durán-Arenas, Guillermo Salinas-Escudero, Víctor Granados-García and Silvia Martínez-Valverde</i>	
Specialty care in the transformation process	558
<i>Romeo S. Rodríguez Suárez, Armando Mansilla Olivares and María Juana Díaz Jiménez</i>	
Casalud: innovations for the transformation of health systems	567
<i>Roberto Tapia-Conyer, Héctor Gallardo-Rincón and Rodrigo Saucedo-Martínez</i>	
The role of educational institutions in the transformation of the Mexican health system	572
<i>Enrique Graue-Wiechers</i>	
Health research	580
<i>Adolfo Martínez-Palomo</i>	
The impact of globalization on mental health	586
<i>Juan Ramón de la Fuente</i>	
Inequalities in health in Mexico	591
<i>Nivaldo Linares-Pérez y Oliva López-Arellano</i>	
General Health Council	598
<i>David Kershenobich Stalnikowitz</i>	

Problemas globales de salud de impacto local. Introducción

Juan Ramón de la Fuente*

Académico honorario y profesor de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

La Academia Nacional de Medicina, la Secretaría de Salud y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) han trabajado de manera conjunta en los últimos 4 años para analizar diversos problemas globales de salud cuyo impacto local requiere de un análisis renovado tanto sobre sus orígenes cuanto de sus consecuencias. El Seminario de Estudios sobre la Globalidad de la Facultad reúne periódicamente a expertos sobre los diversos temas de la agenda global de la salud para discutirlos y revisarlos con quienes, en el ámbito nacional, son líderes académicos, o bien son responsables de la ejecución de los programas institucionales respectivos. De tales actividades se ha generado ya un acervo estimable¹⁻⁴ que ha permitido, por un lado, difundir los trabajos presentados en el seminario a audiencias más amplias y, por el otro, mantener un registro sistematizado de los temas abordados con bibliografías actualizadas.

Este año la discusión ha girado en torno a las «Oportunidades para la transformación del sistema de salud en México». Las reformas a los sistemas de salud constituyen, nuevamente, un tema prioritario en la agenda pública internacional, y México no es la excepción.

Convenimos que era mejor referirnos a la transformación, la innovación y los cambios que se requieren en el sistema de salud, que a una reforma (término por demás desgastado en nuestro medio) y, desde luego, la primera pregunta que surge es si nuestro sistema requiere de una transformación. El trabajo del secretario de Salud con el que se inicia esta serie responde a tal interrogante.

A partir de ahí, se revisa el sistema en su conjunto: la atención primaria y la atención especializada; los

espacios de la salud pública y el papel de las instituciones educativas que están en constante interacción con el sistema; los aspectos económicos, las políticas, la innovación y la investigación; la seguridad social, el seguro popular y los órganos constitucionales que rigen a las instituciones. Se agregan, asimismo, el tema de la inequidad (tratado en un seminario anterior, pero cuya publicación ahora es tanto más oportuna) y el de la salud mental en el contexto global.

Mantener una buena capacidad funcional de los sistemas de salud requiere de su revisión permanente, interna y externa. La transición demográfica, la transición epidemiológica, la transición política y los vaivenes económicos a los que estamos expuestos así lo exigen. Los trabajos publicados en este número de la *Gaceta Médica de México*, junto con los previos del acervo referido, contribuyen a nutrir el debate y la discusión en cuanto a la orientación que deben tener las nuevas políticas públicas para robustecer y renovar un sistema que ha evolucionado de una concepción asistencialista por parte del Estado a un derecho constitucional. Tal derecho debe expresarse en un servicio oportuno, eficiente y de calidad, capaz de poner el acento en lo preventivo sin descuidar lo curativo, con una mejor planeación y una actualización radical del modelo que le da sustento.

Bibliografía

1. Simposio Problemas Globales de Salud de Impacto Local. *Gac Med Méx.* 2009;145:289-321.
2. Simposio Problemas Globales de Salud de Impacto Local. *Gac Med Méx.* 2010;146:383-441.
3. Simposio Problemas Globales de Salud de Impacto Local. *Gac Med Méx.* 2011;147:449-525.
4. De la Fuente JR, Kuri Morales P, eds. *Temas de Salud Global con Impacto Local.* México: ANM/SSA/FMUNAM/Intersistemas; 2011.

Correspondencia:

*Juan Ramón de la Fuente

Avda. Ciudad Universitaria, 298

Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, México, D.F.

E-mail: jrfonte@servidor.unam.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?

Salomón Chertorivski Woldenberg y German Fajardo Dolci*

Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos, y evolucionan y se transforman de acuerdo con la modificación de sus componentes biológico, económico, político y social.

En México actualmente existe un sistema de salud segmentado, constituido por un modelo bismarckiano de seguridad social y otro de protección social en salud. Este último, desarrollado con el fin de dar cumplimiento al artículo 4.º constitucional, mediante el cual la salud deja de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo. Ante esta realidad parecieran perfilarse para el futuro al menos tres alternativas: la permanencia de un sistema de salud mixto con instituciones de seguridad social y de protección social con un peso similar dentro del Sistema Nacional de Salud, la extensión de la seguridad social como mecanismo de acceso a la salud preponderante en el conjunto del sistema, o su contrario, la extensión de la protección social como mecanismo de acceso generalizado.

Ante los retos que enfrentamos es deseable que se establezca un sistema unificado de salud; el objetivo debe ser que la salud esté universalmente protegida, como actualmente sucede, pero que esté garantizada a través de un sistema mucho más eficiente y basado en atención primaria.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud mexicano. Transformación del sistema de salud. Sistema unificado de salud.

Abstract

National health systems represent an organized social response that enables countries to improve, maintain and enhance the health status of their citizens. These evolve and are transformed according to changes in the biological, economic, political and social components of health.

In Mexico there is currently a segmented health system, consisting of a bismarckian model of social security and a social protection in health model. The latter developed to comply with the fourth constitutional article by which health is no longer described as a right linked to the employment status of the individual. Given this reality at least three alternatives seem to emerge for the future: the permanence of a mixed health system with social security and social protection institutions with a similar weight within the national health system, the extension of social security as the main mechanism of access to health care within the system, or its opposite, the extension of social protection as a mechanism for widespread access. Given the challenges we face, it is desirable to establish a unified health system, the aim should be that health care is universally protected, as currently happens, but is guaranteed through a much more efficient and based in primary care health care system.

KEY WORDS: Mexican health system. Health system transformation. Unified health system.

Correspondencia:

*German Fajardo Dolci

Lieja, 7, 1.º

Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.

E-mail: fajardo.german@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?

El sistema de salud mexicano ha evolucionado, desde su creación, conforme a los cambios no solo del componente biológico de la salud sino también en consonancia con los aspectos económicos, políticos y sociales de nuestro país. Esta evolución, en cualquier sistema u organización, es el elemento que le permite subsistir, trascender y responder al objetivo por el que fue creado, en este caso proteger la salud de los mexicanos.

Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos. Son, así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro.

Podemos decir, en general, que existen cuatro elementos ampliamente conocidos que definen el nivel de salud de las personas y que han sido expuestos, entre otros, por Lalonde en su propuesta teórica de «campo de la salud»¹:

- El material biológico/genético con el que somos dotados para funcionar como seres vivientes. Es claro que conforme a nuestra edad y nuestro género somos proclives a diversos tipos de enfermedades. Si le agregamos la variable genética, cuyo correcto accionar hace posible la vida, sus problemas crean diversas patologías. En las últimas dos décadas hemos aprendido que muchas enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias tienen que ver no con el funcionamiento de un gen específico, sino con un conjunto de genes que operan en forma concertada. Su acción, potenciada o no por factores ambientales concretos, determina la menor o mayor susceptibilidad o resistencia a contraer dichos padecimientos, lo cual significa que personas en apariencia saludables pueden tener un perfil genético que sea altamente proclive a que un padecimiento determinado se presente en el futuro.
- Las sustancias tóxicas y los agentes patógenos de naturaleza infecciosa –virus, bacterias, hongos– que causan enfermedades. Por ello, la salud ambiental se preocupa de aplicar acciones para que nuestro hábitat sea saludable. De este

planteamiento surge el saneamiento ambiental, que es expresión de la salud comunitaria.

- El comportamiento humano y los estilos de vida. Somos, sin duda, en gran parte, lo que hacemos, lo que comemos, lo que bebemos, si realizamos o no ejercicio, si tenemos o no prácticas de riesgo, si utilizamos drogas. Es obvia la importancia del comportamiento humano en la génesis de padecimientos como la hipertensión, las adicciones y la obesidad, entre muchos otros.
- La respuesta social organizada. Esta respuesta está constituida por el conjunto de los recursos que la sociedad y el gobierno han generado y la forma en que se organizan para su aplicación en actividades de atención a la salud. En nuestro país, este importante rol ha sido llevado a cabo a través de grandes instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), principalmente.

Estos cuatro elementos son, desde luego, objeto de estudio e investigación en salud, cuyos resultados guían la producción de insumos para la salud, las prácticas clínicas y la salud pública. Los logros están a la vista: la esperanza de vida ha aumentado; la mortalidad general, la mortalidad materna y la mortalidad infantil han disminuido; la tasa de fecundidad ha descendido; la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud se ha ampliado, y la solución a los problemas hasta hace algunos años irresolubles se ha vuelto cada vez más efectiva.

Sin embargo, debemos mantener la intensidad del esfuerzo. Las transiciones demográfica y epidemiológica nos imponen nuevos retos que debemos atender con estrategias novedosas, dentro de las que destacan las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la calidad de la atención médica. Nos adentramos, además, con el advenimiento de la medicina genómica, en el uso del conocimiento predictivo de los problemas de salud, lo que ampliará nuestras habilidades preventivas.

Los logros en materia de salud en nuestro país son numerosos y significativos; entre ellos podemos destacar las notables repercusiones en la equidad y la cohesión social, gracias a que estamos cerca de alcanzar la cobertura universal en salud, entendida como la afiliación completa de la población a algún seguro público de salud.

Para dimensionar adecuadamente este trascendente logro, tenemos que partir, primeramente, de la consideración por todos conocida de que en México existe

un sistema de salud mixto, en el cual encontramos tanto instituciones públicas de seguridad social como instituciones públicas de protección social en salud. Tenemos, todos lo sabemos, un sistema de salud segmentado.

Las instituciones de seguridad social dan acceso a servicios médicos a los trabajadores asalariados y a sus familias, además de otras prestaciones sociales, en tanto las instituciones de protección social en salud dan acceso a servicios de salud a las personas que no tienen afiliación obligatoria al sistema de seguridad social.

La seguridad social surge a finales del siglo XIX como esquema basado en la condición laboral del trabajador asalariado y en el principio del riesgo colectivo sufragado financieramente de manera tripartita por el gobierno, el empleador y el trabajador. Este esquema está originalmente inspirado en el modelo del canciller alemán O. von Bismarck, y sin duda se trata de un principio solidario que, además de cubrir los accidentes de trabajo y las enfermedades del trabajador y de su familia, garantiza derechos laborales como las pensiones por invalidez o jubilación y en su expresión más acabada incluye el seguro de desempleo^{2,3}.

Por otro lado, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un enfoque de mayor inclusión social que se puede practicar en un país como el nuestro⁴. Este tipo de esquemas se remonta al año 1942 cuando, en Inglaterra, se presentó un trascendente informe⁵ que marcó las pautas para crear modelos de protección social universalista, con énfasis en la atención de salud independientemente de la condición laboral de la población beneficiaria⁶⁻⁸.

El hecho de que en México exista un sistema de salud mixto se debe quizás a que, durante buena parte del siglo pasado, el consenso en torno a la seguridad social como principal mecanismo para ampliar el acceso a la salud perduró, sobre todo ante la visión del creciente desarrollo de la economía; de esa forma, la visión era que todas las personas obtendrían un empleo formal y con ello el acceso a la salud⁹. Sin embargo, la historia nos demostró que la tendencia visualizada no se cumplió. Por ello, en 1983 se buscó fortalecer el acceso a servicios de salud a través de un nuevo fundamento constitucional¹⁰.

El artículo 4.º constitucional fue modificado con la intención de incorporar, como garantía social, el derecho a la protección de la salud. Mediante esta reformulación, la salud dejó de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo para convertirse en un derecho al que se accede por la mera condición de persona.

Esta reforma es de vital importancia en la historia de la salud en México debido a que se da un cambio de comprensión de esta a partir del replanteamiento de que no estará ligada a la esfera del derecho laboral y sí a la calidad de persona, según lo garantiza la Constitución. Al ser una garantía social, la prioridad del Estado será generar mecanismos para que el acceso a la salud para toda la población del país sea una realidad.

Así, desde ese momento la salud se reconoce explícitamente en la Constitución como un derecho fundamental, es decir, al que tiene acceso todo individuo y cuyo cumplimiento implica la acción positiva del Estado. Un derecho humano como la salud parte de la idea de igualdad sustancial, sobre el que no puede haber discriminación para nadie y, en ese sentido, es universal.

No obstante, se mantuvo la dualidad: mientras que se construía un sólido sistema de seguridad social, que abarca hoy prácticamente a la mitad de la población, se ha venido desarrollando a la par un Sistema Nacional de Salud, incluyente y basado en la ciudadanía más que en la condición laboral de las personas, como se ha dicho, bajo la perspectiva de la protección social en salud, con sólidas instituciones también en la figura de los sistemas locales de salud, producto de la descentralización y del Seguro Popular.

Entonces, en México podemos ver la dualidad de su organización sanitaria como una doble fortaleza o como un obstáculo para su desarrollo, por un lado la seguridad social y por el otro la cobertura de la protección social en salud, lo que ha mantenido la segmentación del sistema de salud desde sus mismos orígenes.

Ante esta realidad parecieran perfilarse para el futuro al menos tres alternativas: la permanencia de un sistema de salud mixto con instituciones de seguridad social y de protección social con un peso similar dentro del Sistema Nacional de Salud, la extensión de la seguridad social como mecanismo de acceso a la salud preponderante en el conjunto del sistema, o su contrario, la extensión de la protección social como mecanismo de acceso generalizado.

Hace poco más de una década, los retos que enfrentaba el Sistema Nacional de Salud, pese a los éxitos alcanzados, todavía eran de notable consideración. En el año 2000, 50% de la población en México no tenía ningún tipo de seguro médico. El gasto en salud era bajo, favoreciendo a entidades cuya infraestructura e ingresos eran mayores. Esto, por supuesto, generaba notables inequidades en el acceso a servicios de salud para todas aquellas personas que no fueran derechohabientes¹¹.

El principal problema que esto acarrea era que las personas que se encontraran en esta situación, al no poder acceder a servicios privados de salud, tenían que sufragar por su cuenta todos los gastos relacionados con la atención médica, incluso en instituciones públicas pero con financiamiento restringido, derivando en importantes y complicados desajustes económicos en las familias mexicanas.

Esto significa que, debido a las difíciles perspectivas económicas de las personas ante enfermedades o accidentes, el esquema de financiamiento de la salud estaba basado en función de sus necesidades pero sin tomar en cuenta sus capacidades monetarias, lo que derivó en notables asimetrías en la población. Tan apremiante era la situación en esta materia que aproximadamente dos millones y medio de familias fueron empujadas anualmente a verdaderas situaciones de pobreza, debido sobre todo a carecer de acceso equitativo a servicios de salud y a los gastos a los que se tuvieron que enfrentar ante el arribo de enfermedades y accidentes¹².

Todo este tipo de desajustes propiciaban, de manera alarmante, que la inercia marcara con mayor profundidad las inequidades que existían entre la población derechohabiente y la que carecía de seguridad social. En este sentido, en el año 2002 el gasto público era 2.3 veces mayor para los primeros que el destinado para el sector de la población no asegurada¹³.

Por esta razón, era de trascendental importancia extender los esquemas de aseguramiento médico público en México, por lo que fue necesario incorporar al Sistema Nacional de Salud un mecanismo operativo de protección social, en la figura del Seguro Popular, para facilitar el acceso a los servicios de salud y a su vez disminuir las probabilidades de empobrecimiento causadas por los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos en salud para la población mexicana.

Pero, como se mencionó hace un momento, solo a partir del reconocimiento de los esfuerzos alcanzados con anterioridad es posible encaminarse hacia nuevos territorios para continuar y otorgar coherencia a las metas a las que se desea llegar. Por esta razón, no es posible omitir los esfuerzos institucionales realizados por el Estado mexicano en las últimas décadas del siglo XX dirigidos a la ampliación de la cobertura y la mejora del acceso de la población a los servicios de salud, y que en conjunto con la descentralización del sistema marcaron un importante desarrollo en la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de los esfuerzos más relevantes encontramos la operación de programas enfocados al control de

importantes problemas de salud pública como las enfermedades diarreicas y el VIH-síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los programas de vacunación, cuyo éxito significó una disminución de las enfermedades infecciosas en nuestro país y el incremento en la esperanza de vida¹⁴. De igual manera, fueron puestos en marcha programas focalizados a través de mecanismos como el IMSS-Coplamar, posteriormente llamado IMSS-Solidaridad y actualmente IMSS-Oportunidades, implementados desde la seguridad social con recursos fiscales y dirigidos a población no derechohabiente de las zonas rurales y urbanas marginadas. También es oportuno mencionar el Programa de acceso a servicios de salud para población abierta (PASSPA) y el Programa de ampliación de cobertura (PAC), que tanto beneficio han traído al sistema de salud y que han desarrollado las bases para la incorporación de un paquete básico de intervenciones de salud dirigidas a personas en situación de pobreza, mismas que para atender la población dispersa y ubicada en zonas de difícil acceso se apoyaron en brigadas móviles operadas desde la Secretaría de Salud federal.

El Seguro Popular, creado en 2003 mediante reforma a la Ley General de Salud (LGS) para crear el SPSS, otorga aseguramiento médico para la población sin acceso a la seguridad social a través de un esquema que es financiado por fondos públicos de origen fiscal. La LGS prevé que por cada persona asegurada se destine la misma cantidad de recursos en todas las entidades del país en una proporción tanto por parte de la federación como de los gobiernos estatales. Este financiamiento per cápita asegura, por un lado, la igualdad de los afiliados y, por el otro, la equidad presupuestal entre los estados de la federación.

Pero el efecto de la reforma no solo incluyó la ampliación de cobertura, sino también la inclusión de garantías de cobertura médica explícita y la obligación de incremento de calidad en la prestación. Más recientemente, se ampliaron los beneficios para aquellos niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas.

Sin duda son muchos los retos que todavía debemos enfrentar. La provisión de servicios se da en los centros de salud y hospitales de los servicios estatales de salud y la alta especialidad principalmente en instituciones federales. Este universo de intervenciones médicas comprende todo el primer nivel de atención, el 95% de las intervenciones del segundo nivel (cirugías de especialidades básicas) y 58 intervenciones catalogadas como catastróficas por el Consejo de Salubridad General por su alto costo de atención y efecto empobrecedor.

A 8 años de su puesta en marcha, el Seguro Popular ha logrado asegurar el financiamiento a un paquete explícito de servicios de salud para los 52 millones de mexicanos que en el año 2000 carecían de acceso a algún esquema de aseguramiento médico público.

Aunque también debemos incrementar la inversión en salud. Este año se cuenta con un presupuesto histórico de más de 175,000 millones de pesos, casi el doble de cuando inició la presente administración y casi cuatro veces más de lo que se disponía como inversión para la salud cuando se institucionalizó el Seguro Popular en la administración anterior, lo que se traducirá en más salud y mejores servicios para todos.

Este conjunto de acciones ha reducido la honda brecha de la desigualdad por motivos de salud. México es objeto de reconocimiento internacional por su Sistema Nacional de Salud¹⁵. Puedo decir, con toda seguridad, a partir del intercambio de experiencias y aprendizajes con otras naciones, que México se encuentra hoy entre los líderes mundiales en financiamiento de la salud, uno de los principales países en la atención de VIH-SIDA, de atención pediátrica integral y contra el cáncer.

En México, todo menor de 18 años tiene asegurado el financiamiento para cualquier tipo de cáncer. A este respecto, vale la pena mencionar un solo dato muy alentador. La tasa de supervivencia de niños con cáncer se ha incrementado: antes de contar con este financiamiento, solo 3 de cada 10 niños lograba sobrevivir; ahora, 7 de cada 10 niños sobreviven a la enfermedad. También hemos logrado importantes avances en la atención del cáncer de mama, el cual hoy ya no es causa de muerte por no contar con recursos económicos.

Por motivos como estos, ha sido muy satisfactorio percibir que nuestras políticas públicas en materia de salud son estudiadas ampliamente en el mundo.

Aunque subsisten importantes retos en materia de salud, particularmente el necesario viraje del enfoque curativo del sistema hacia el preventivo, la evidencia es contundente. Debemos transitar de un esquema reactivo hacia un sistema anticipatorio basado en los principios de la salud pública, en el sostenimiento de los pacientes sanos y procurar la homologación de la calidad en los distintos establecimientos públicos. Se hace necesario impulsar la construcción en el país de un sistema de atención primaria de la salud que sea verdaderamente resolutivo y que se enfoque hacia la medicina familiar y la atención continua, donde además la formación de recursos humanos para la salud sea parte integral de la planeación del sistema relacionada con el mercado laboral¹⁶.

Hacia este rumbo debe orientarse la organización y los esfuerzos de los servicios estatales de salud, al estar descentralizados, y el papel de la Secretaría de Salud se debe robustecer en su función rectora.

Es ahora menester analizar la eficiencia de los servicios estatales de salud en la proveeduría y calidad de los servicios y en el impacto real que han alcanzado en sus comunidades, pero principalmente sobre la forma como realizan la administración financiera de sus recursos, porque ahora que se alcanza la afiliación universal y al existir una garantía de financiamiento explícita, ocurre un traslado a los estados de la responsabilidad para eficientar los recursos y para que la administración de estos pueda garantizar la prestación universal de servicios con eficiencia, calidad y sin retraso.

Debemos reconocer que el Seguro Popular trajo una importante derrama económica al sistema de salud, pero la evidencia ha demostrado que los sistemas estatales no han podido consolidarse. Los estados alcanzaron la descentralización de servicios de salud en los años 1996 y 1997, y apenas 7 años después recibieron los avatares del Seguro Popular, que implicaba un reto mayor de cambio estructural. *A priori*, podríamos pensar que la administración estatal no ha tenido tiempo para dilucidar sobre los ajustes necesarios que debieron impulsarse para consolidar los sistemas locales de salud y la forma como estos debían vincularse con el Seguro Popular.

Quizás la Secretaría de Salud debió haber estado un poco más presente con modelos de organización, de gestión y facilitando la consolidación financiera de los servicios estatales de salud, en uso de su función rectora.

No obstante, la ampliación de la cobertura es, sin duda, un logro trascendental en la historia del Sistema Nacional de Salud. Pocos son los países del mundo que han alcanzado la cobertura universal de salud, y México se encuentra ahora en la antesala de tal meta. Este logro hubiese sido imposible sin la reforma de 2003 y la incorporación de la protección social como parte de la institucionalidad de la salud en México.

El camino hacia la cobertura universal de salud parte del reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental y desligado de la esfera laboral. Esta afirmación se fundamenta en el contraste del caso de México con las experiencias de otros países. En el mundo, un gran número de naciones con cobertura universal de salud han optado por sistemas de protección social en salud, permitiendo en todo caso que la seguridad social sea un complemento a esta. En los países con cobertura universal de salud basada

en un sistema de seguridad social hay un complemento cubierto por el Estado para los trabajadores autoempleados o aquellos que no pueden pagar contribuciones para su aseguramiento, tal es el caso de Austria, Bélgica, Japón e Israel.

En países como Canadá, Reino Unido, Suecia y España, cualquier persona que tenga el derecho a residir legalmente en el país tiene derecho a acceder a los servicios de salud públicos. En cada uno de estos sistemas el financiamiento proviene de impuestos generales, estableciendo un servicio nacional de salud que garantiza el acceso universal a la salud. Un gran logro alcanzado gracias a la solidez de los esquemas de financiamiento basados en la protección social en salud consiste en que, en estos cuatro países, incluso en el contexto de problemas económicos, la cobertura en salud se ha mantenido como universal. Esta decisión se funda en la evidencia que muestra que la inversión en salud tiene un efecto altamente positivo en el funcionamiento global de la economía, además de los aspectos solidarios ligados a la equidad y a los derechos ciudadanos mencionados. Hoy más que nunca resulta pertinente afirmar que la salud no es un gasto, sino una inversión altamente rentable.

El principal objetivo de todo sistema de salud debe consistir en garantizar las condiciones mínimas para que sus habitantes mantengan y mejoren su salud, a través del ejercicio efectivo del derecho a la salud. El reto que enfrentamos ahora es asegurar que los mecanismos financieros, de gestión del sistema de salud y de provisión de servicios estén en consonancia con ese fin y con las circunstancias específicas de la sociedad, principal reto de la dependencia rectora del Sistema Nacional de Salud.

La economía mundial, incluyendo la mexicana, se ha transformado en una economía de servicios, proclive a la alta rotación laboral y a esquemas de trabajo no atados a un régimen salarial: comisionistas, profesionistas independientes, pequeños empresarios, artesanos, trabajadores domésticos, cooperativistas, entre otros. En este contexto el empleo formal se ha estancado y las nuevas formas de la actividad económica muestran un crecimiento sostenido.

En vista del contexto actual, la protección social, al no vincularse con la esfera laboral, ha demostrado ser un mecanismo efectivo para extender la cobertura en salud en distintos países del mundo con diversos niveles de desarrollo económico. La experiencia en México es un claro ejemplo de cómo la protección social puede impulsar la equidad en el acceso a la salud en un breve espacio de tiempo.

Por ello, existe la imperiosa necesidad de tomar decisiones sobre el rumbo que el sistema de salud mexicano debe adoptar, que le permita romper la segmentación que se ha enfrentado desde sus orígenes en la década de 1940, en que se adoptó el sistema bismarckiano de la seguridad social, pero también y al mismo tiempo el de los sistemas nacionales de salud.

Es deseable que, en el futuro, en México se establezca un sistema unificado de salud, que permita la generación de sinergia entre los grandes avances de las actuales instituciones de salud, buscando unificar sus acciones a través de una conducción central que permita la adopción de decisiones del más alto nivel para todas las instituciones de salud del país.

El objetivo debe ser que la salud esté universalmente protegida, como actualmente sucede, pero que esté garantizada a través de un sistema unificado mucho más eficiente y basado en atención primaria.

Sus cimientos pueden radicar en el mecanismo de protección social a través de la cobertura universal en salud, que ha iniciado a través del intercambio de servicios para continuar con la posterior integración funcional del sistema, pero separando claramente las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios.

La separación de funciones nos permitirá consolidar la rectoría de la Secretaría de Salud, como entidad normativa única, que mantenga la oportunidad y efectividad en la adopción de políticas públicas que hoy han resultado exitosas y desarrollar otras más que puedan incluso convertirse en decisiones de Estado; la separación funcional podría desarrollar quizás una entidad unificada de financiamiento que rompa la segmentación del sistema, y permita también contar con prestadores de servicios múltiples (servicios federales, estatales, municipales, particulares y mixtos), que puedan alcanzar su máxima eficiencia e incrementar la calidad de sus intervenciones.

Es necesario, entonces, transformar la arquitectura del sistema de salud para garantizar el uso ordenado de los recursos disponibles, pero con una buena conducción impulsada con liderazgo y desde el más alto nivel de decisión en el país, que permita la homologación de prestaciones y el incremento armónico de la calidad.

La implantación de las reformas necesarias para alcanzar la transformación del sistema de salud deberá ser paulatina y bien estudiada, ya que exige nuevos diseños organizacionales, cambios jurídicos profundos, laborales, presupuestales y operativos que solo se pueden generar con amplios consensos.

Se requiere de la consolidación de la descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas para que alcancen su mayoría de edad, pero a partir de esquemas organizacionales bien definidos que respondan a un modelo de gestión uniforme que se sustente en redes integradas de servicios, en que la adopción de decisiones se realice lo más cerca de la población como sea posible, que tenga como base una sólida estrategia de atención primaria de la salud resolutive, y con un modelo moderno de referencia y contrarreferencia que favorezca la atención médica continua.

Se necesita realizar una profunda transformación jurídica que permita una amalgama de las tres o cuatro bases constitucionales que rigen al día de hoy las acciones de salud, con el objetivo de generar el sustento conceptual y jurídico claro que permita alcanzar un sistema unificado de salud.

Los sindicatos y los trabajadores de la salud no pueden ser jamás un obstáculo para la transformación del sistema, deben ser parte de la propuesta, ya que una sana política de Estado requiere del respeto irrestricto de los derechos y condiciones laborales de aquellas personas que con su esfuerzo permiten sustentar la prestación de servicios. Lo que es deseable, hoy día, es en primera instancia homologar los salarios y prestaciones de médicos y enfermeras incluso en las mismas instituciones, ya que persisten y se han creado nuevas desigualdades; además tenemos la necesidad de visualizar el desarrollo del andamiaje suficiente que permita la modernización de las condiciones en que el trabajo de la salud es desarrollado y se reconozca con estímulos la productividad, la eficiencia, la calidad y la calidez en el trato que los usuarios esperan.

El sistema de financiamiento también requiere de una profunda transformación. Es momento de simplificar la forma de asignación, dar claridad y transparencia a los procedimientos para el ejercicio del gasto, enfocándolos a la medición de resultados e impacto de las acciones.

En cualquier caso, debe quedar claro que el Estado, al reconocer el derecho a la salud como una garantía social, se obliga a proveer las condiciones para su ejercicio, y que estas condiciones, por su naturaleza dinámica, no pueden ser proporcionadas con mecanismos ligados de manera exclusiva al mercado laboral.

El sistema unificado de salud debe hacerse cargo de los desafíos que en esta materia plantean las transiciones demográfica y epidemiológica, poniendo

énfasis, como quedó señalado anteriormente, en el enfoque preventivo para obtener mejores resultados en la salud de la población, en la construcción de un nuevo modelo de atención a la salud del país, basado en la atención primaria de la salud, y hacer un uso óptimo de los recursos económicos y sanitarios disponibles, pero bajo premisas de planeación integrales.

Es indispensable también fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud de tal manera que se atiendan las crecientes expectativas de los usuarios. Para lograrlo es necesario seguir mejorando la calidad técnica e interpersonal de la atención a la salud; la seguridad del paciente; la atención primaria de la salud; la disponibilidad de medicamentos; el acceso a la atención durante las tardes, noches y fines de semana, y seguir reduciendo los tiempos de espera, tanto para la atención ambulatoria y de emergencia, como para las intervenciones electivas.

Los retos que tenemos por delante no son pocos, pero a través de estas líneas ha quedado en claro que los ya obtenidos no solo han sido abundantes sino de gran relevancia. En lo que sigue, debemos seguir trabajando todos juntos para continuar la construcción de un sistema de salud que responda a las necesidades de los mexicanos, pues así lo demanda la sociedad y así lo deseamos todos.

Bibliografía

1. Lalonde M. Promoción de la salud: una antología. Pan American Health Organization (PAHO); 1996.
2. Chertorivski Woldenberg S. Seguro popular: logros y perspectivas. Gaceta Médica de México. 2011;147:487-96.
3. Inglehart JK. Germany's Health Care System. N Engl J Med. 1991;324:503-8.
4. Mares I. Social protection around the world. External insecurity, state capacity, and domestic political cleavages. Comparative Political Studies. 2005;38(6):623-51.
5. Beveridge W. Social insurance and allied services. Extracto en: Bull World Health Organ. 2000;78(6):847-56.
6. Musgrove P. Health insurance: the influence of the Beveridge report. Bull World Health Organ. 2000;78(6):845-6.
7. Cremer H, Pestieau P. Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. J Urban Economics. 2003;54(1):181-96.
8. Donald WL. Universal health care: lessons from the British experience. Am J Public Health. 2003;93(1):25-30.
9. Pozas HR. El desarrollo de la seguridad social en México. Rev Mex Sociol. 1992;54(4):27-63.
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4.º, modificado mediante decreto en febrero de 1983.
11. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantes O, Lezana MA, Knaut FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet. 2006;368:1524-34.
12. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. Lancet. 2006;368:954-61.
13. Sistema de Protección Social en Salud. Diagnóstico del financiamiento de la salud en México. 2.a ed. Secretaría de Salud; 2006.
14. De la Fuente JR. La salud en un México en transición. Salud Pública Méx. 2004;46(2):164-8.
15. Narro RJ, Moctezuma ND, Orozco HL. Hacia un nuevo modelo de seguridad social. Economía UNAM. 2010;7(20):7-33.
16. Durán-Arenas L, López-Cervantes M. Health care reform and the labor market. Social Science & Medicine. 1996;43(5):791-7.

La transformación del sistema y los espacios de la salud pública

Pablo Kuri-Morales^{1*} y Carolina Chávez-Cortés²

¹Universidad Nacional Autónoma de México; ²Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

La salud de la población mexicana está influenciada por diversas transiciones, principalmente la demográfica, misma que tiene un impacto directo sobre la salud de la población, lo cual se ve reflejado en el aumento de enfermedades cronicodegenerativas, dado que ha disminuido la tasa de mortalidad infantil y ha aumentado la esperanza de vida. A pesar de que se han implementado diversas campañas para la prevención, tratamiento y control de enfermedades tanto infecciosas como cronicodegenerativas, es necesario generar una transformación en las estrategias de promoción y prevención para hacer un viraje de lo curativo a lo preventivo.

PALABRAS CLAVE: Transición demográfica. Salud pública. Sistema de salud.

Abstract

The health of the Mexican population is influenced by several demographic transitions and has a direct impact on the health of the population, which is reflected in the increase of chronic degenerative diseases, as it has reduced the infant mortality rate and increased life expectancy. Although Mexican health system has implemented various campaigns for prevention, treatment and control of infectious and chronic degenerative diseases, it is necessary to generate a transformation in the promotion and prevention strategies to shift from the curative to preventive medicine.

KEY WORDS: Demographic transition. Public health. Health system.

Introducción

El sistema de salud mexicano ha enfrentado a lo largo de su historia diversos retos, los cuales lo han forzado a transformarse con objeto de dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Sin embargo, en la actualidad México atraviesa por una serie de transiciones que requieren no solo transformar nuestro sistema de salud, sino implementar, además, nuevas estrategias de ataque para solventar los problemas de salud actuales y futuros de la población.

Principales mecanismos de cambio

Los cambios poblacionales se han producido y determinado por cuatro principales procesos de transición: a) demográfica; b) tecnológica; c) de riesgos, y d) epidemiológica.

Transición demográfica

La Revolución mexicana marca la entrada de México en el proceso denominado transición demográfica. Luego de la fase armada, el país presenta descensos en la tasa de mortalidad y un aumento inicial en la tasa de natalidad, para después comenzar a disminuir. Se denotó posteriormente una disminución en la fecundidad hasta llegar en la actualidad a dos nacimientos

Correspondencia:

*Pablo Kuri-Morales

Heriberto Frías, 915, int. 310

Col. del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F.

E-mail: kuripablo@yahoo.com

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

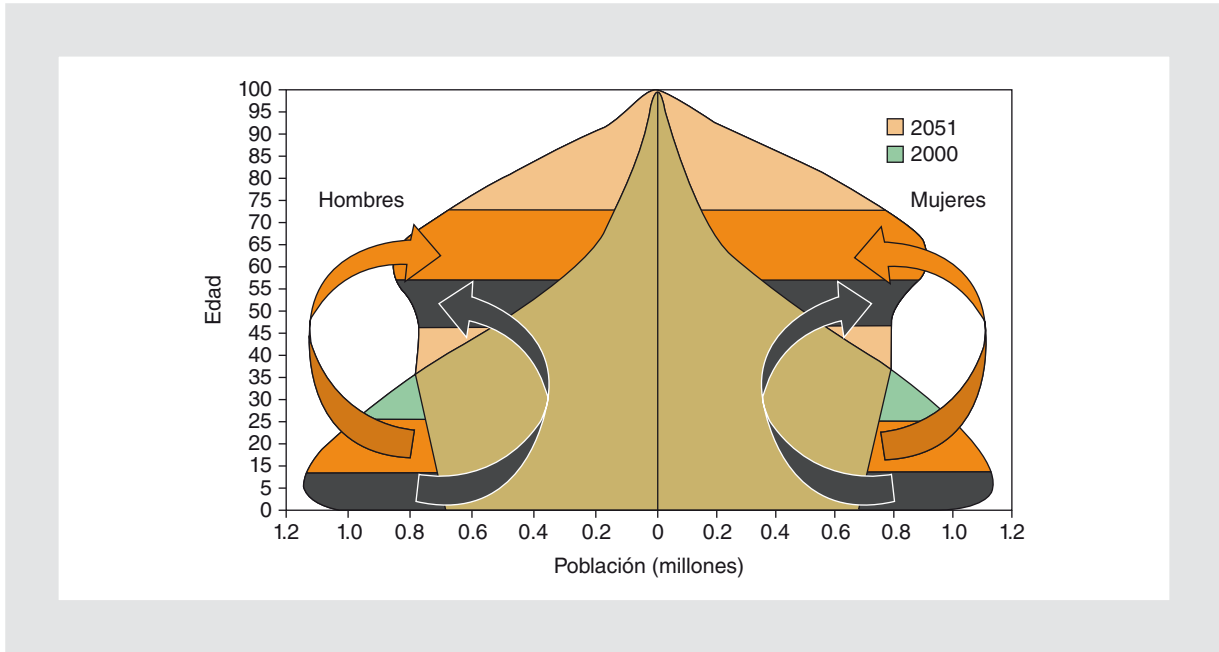


Figura 1. Pirámides poblacionales 2000-2051, con proyecciones de movimiento poblacional (adaptado de Partida¹).

por cada 1,000 mujeres; adicionalmente, el crecimiento poblacional ha tenido un crecimiento constante¹. Como se observa en la figura 1, se estima que para el año 2051 la población de 0-9 años se encontrará en el grupo de edad de 45-54 años, en tanto la población actual de 10-25 años se encontrará en el grupo de edad de 55-70. De acuerdo con las proyecciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el pico máximo de crecimiento de este grupo de edad se dará en el año 2020².

¿En qué se traduce este cambio en el comportamiento demográfico de la población mexicana? El reto más grande para un país en desarrollo con una carga poblacional mayormente adulta en edad productiva y luego de adultos en edades inactivas laboralmente es el otorgamiento de servicios de salud. El problema a largo plazo se centra en el grupo de edad que actualmente se encuentra entre 10-25 años, puesto que dentro de 40 años se encontrará en el grupo de 50-75 años, el cual empezará a no ser productivo y con una esperanza de vida que seguramente superará la actual de 75 años (a diferencia de hace 70 años, cuando la esperanza de vida era de aproximadamente 34 años)³. Lo anterior significa que la población mayor de 60 años se cuadruplicará para el año 2050⁴, generando una gran cantidad de personas con mayores problemas de salud del tipo de enfermedades no transmisibles, así como de sus complicaciones, lo cual significará una

gran carga económica y de capacidad de atención para el sistema de salud actual.

Transición tecnológica

La investigación científica y el desarrollo tecnológico han permitido a la sociedad alcanzar avances importantes en diversos campos del conocimiento. En cuanto a salud se refiere, se pueden enumerar diversos avances que han impactado positivamente a la sociedad, entre otros:

- Desarrollo de vacunas: desde el desarrollo de la primera vacuna por E. Jenner contra la viruela en 1796⁵, a escala mundial se ha utilizado la tecnología para el desarrollo de diversas vacunas que han contribuido a la disminución de la aparición de enfermedades con alto impacto en salud pública, llegando hasta la erradicación de la viruela en 1979⁶. Dentro de los desarrollos vacunales más importantes se encuentran: el de la rabia (1880), la difteria y tétanos (1891), la tuberculosis (1906), poliomielitis (1954), sarampión (1960), influenza (1945) y virus del papiloma humano (VPH) (1941).
- Implementación de vida suero oral (VSO): ha tenido como impacto principal la disminución de la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas.

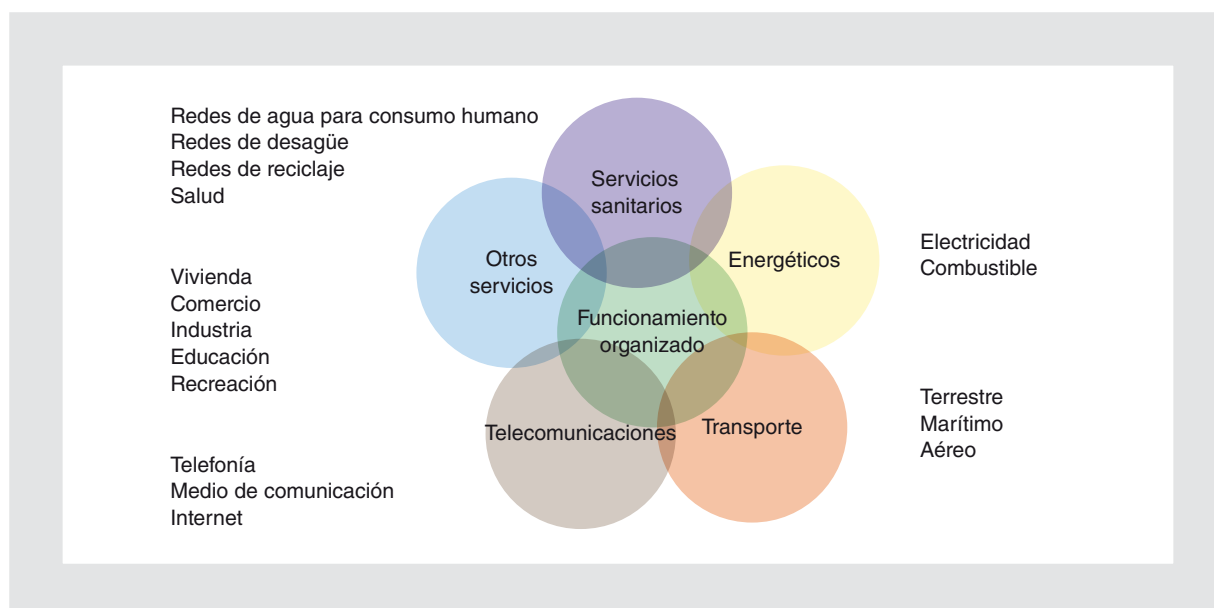


Figura 2. Infraestructura con impacto en la salud de la población (adaptado de Leman, et al.⁸).

- Detección oportuna de enfermedades: a través de las técnicas de citología vaginal, mastografías y otras técnicas de laboratorio y gabinete.
- Desarrollo de medicamentos: desde el descubrimiento del ácido acetilsalicílico en 1897, pasando por el descubrimiento de antibióticos como la penicilina (1928) y los antioncológicos (como el metotrexato en 1950), el desarrollo farmacéutico ha generado un alto impacto positivo en la salud de la población para el tratamiento de las enfermedades.
- Desarrollo de herramientas tecnológicas: a partir de 1868, fecha en la que se realiza el primer procedimiento con endoscopia, se han desarrollado múltiples herramientas que han permitido mejorar las técnicas de diagnóstico, hasta llegar a estudios genéticos, a partir de 2006 con el Proyecto Genoma Humano, que hicieron posible descifrar el «secreto genético» que ocultan ciertas enfermedades y cuyo objetivo es determinar la posibilidad de detectar el gen que incide en el desarrollo de padecimientos.

Con el paso del tiempo, el conocimiento tecnológico seguirá ofreciendo oportunidades para realizar diagnósticos más precisos; de ahí que el personal de salud deberá seguir adaptándose al rápido avance tecnológico y a su debida aplicación en cuanto a la detección oportuna de enfermedades para su prevención.

Transición de riesgos

La transición de riesgos tiene que ver principalmente con el movimiento poblacional. La migración de individuos de comunidades rurales hacia zonas urbanas por razones diversas alcanzó una cifra de 78% en 2010⁷. Esta situación ha generado cambios en la exposición de riesgos para el desarrollo de enfermedades que tienen que ver principalmente con servicios sanitarios, energéticos, transporte, telecomunicaciones, así como servicios de vivienda, comercio, industria y educación⁸.

De acuerdo con la figura 2, el funcionamiento organizado de los servicios básicos genera que la población tenga acceso a mejores infraestructuras con un impacto tanto directo como indirecto en la salud. Es bien sabido que la accesibilidad a servicios de agua potable con servicios de desagüe (adecuada disposición de excretas), así como una vivienda digna con servicios de electricidad y combustible, tienen un impacto directo en la salud de la población puesto que estará expuesta a menores riesgos de salud, lo que permite disminuir la morbilidad. Sin embargo, los grandes movimientos poblacionales (tanto migratorios como por crecimiento poblacional) generan un aumento en las necesidades de servicios básicos e infraestructura que, en ocasiones, es difícil solventar, disminuyendo su accesibilidad y exponiendo a la población a riesgos

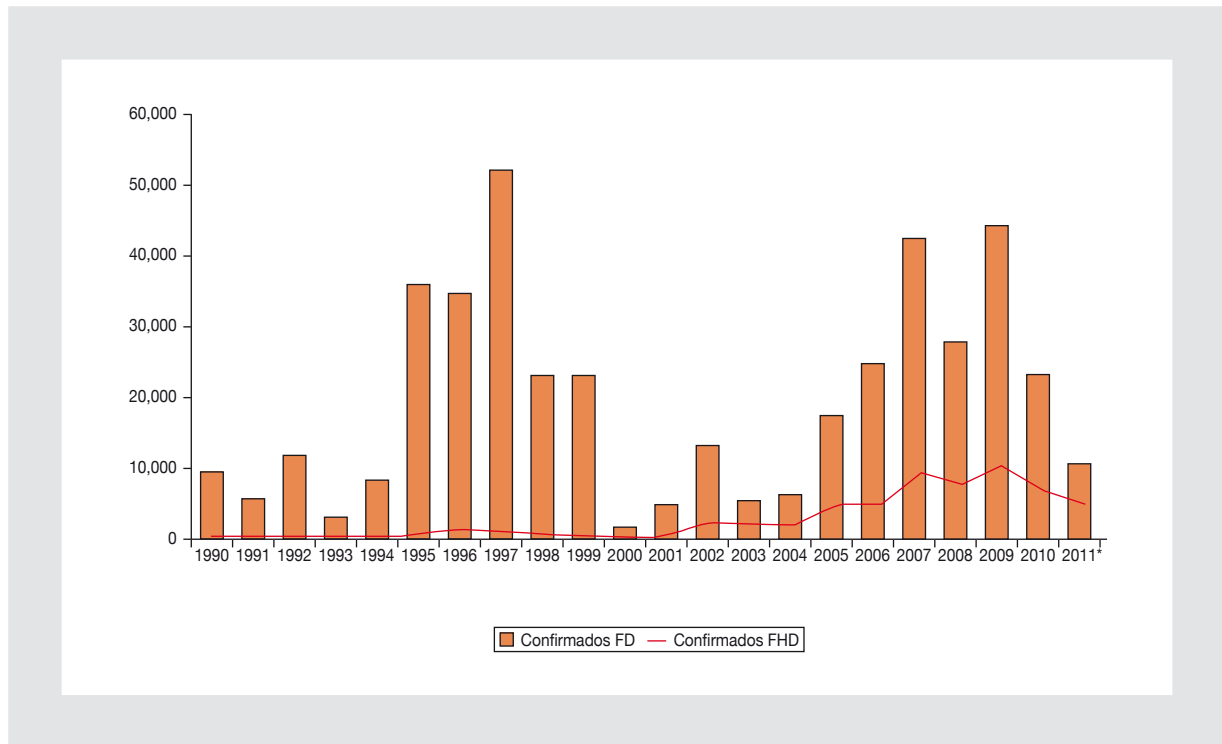


Figura 3. Distribución de los casos de fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue, México, 1990-2011. FD: fiebre por dengue; FHD: fiebre hemorrágica por dengue (adaptado de Programa Dengue, CENAPRECE. Secretaría de Salud) *Cierre preliminar 2011.

sanitarios diferentes a los que se tenían en décadas pasadas.

Transición epidemiológica

Desde su conceptualización en 1971 por Omran⁹, la transición epidemiológica se ha convertido en una corriente fuertemente apoyada y utilizada, pues el cambio poblacional, los determinantes sociales y la exposición a diversos riesgos han generado un cambio en el patrón de enfermar y morir de una población.

En el caso específico de México, se observa una marcada tendencia de cambio a largo plazo, al disminuir la tasa de fecundidad en poco más de 30 años: mientras en 1976 se tenían seis nacimientos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, en la actualidad se registran solo dos nacimientos; asimismo, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido de 39 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos registrados (NVR), a 13 defunciones para el mismo periodo de años.

A pesar de estos éxitos en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de fecundación, la morbilidad por enfermedades infecciosas sigue siendo de las principales causas de enfermedad en nuestro país, y secundario al aumento poblacional en edades de

mayores de 60 años; tenemos como principales causas de mortalidad las enfermedades cronicodegenerativas.

En la tabla 1 se pueden observar tres fenómenos de transición epidemiológica en nuestro país:

- Contratransición. Entendida como el concepto en el que se tiene el resurgimiento de enfermedades que anteriormente habían sido controladas. En nuestro país, el caso más claro es la situación del dengue, mismo que ha sido controlado en diversas ocasiones pero con repuntes cíclicos (Fig. 3).
- Polarización epidemiológica. En ella se puede ver que la distribución de las enfermedades es diferente conforme a las diversas regiones del país, entre aquellas con mayor desarrollo económico y social frente a las de menor desarrollo. Las personas se enferman y mueren de causas distintas, dependiendo de la región del país donde se encuentren.
- Mosaico epidemiológico. Concepto que implica la coexistencia tanto de enfermedades cronicodegenerativas como de enfermedades infecciosas dentro de la misma población; la tabla 1 muestra un claro ejemplo de esta transición epidemiológica.

Para atacar esta polarización en la transición epidemiológica, se han desarrollado diversas estrategias,

Tabla 1. Comparación de las 10 principales causas de morbilidad y mortalidad en México

Morbilidad 2011		Mortalidad 2010	
IRA	25,181,626	Enfermedades del corazón	105,144
EDA	5,194,186	Diabetes <i>mellitus</i>	82,964
IVU	3,901,922	Tumores malignos	70,240
Úlceras, gastritis, duodenitis	1,581,023	Accidentes	38,117
Gingivitis y enfermedades periodontales	647,114	Enfermedades del hígado	32,453
Otitis media aguda	637,897	ECV	32,306
Hipertensión arterial	519,836	Agresiones (homicidios)	25,757
Conjuntivitis	436,348	EPOC	19,468
Agresiones (homicidios)	419,009	Influenza y neumonía	15,620
Diabetes <i>mellitus</i> tipo II	413,450	Periodo perinatal	14,377
Las demás	1,440,123	Las demás	155,57
Las 10 representan 95% del total		Las 10 representan 74% del total	

IRA: infecciones respiratorias agudas; EDA: enfermedades diarreicas agudas; IVU: infección de vías urinarias; ECV: enfermedad cardiovascular (adaptado de *Anuarios de Morbilidad, Dirección General de Epidemiología, y Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud*).

para las cuales se ha tratado de ubicar a la salud pública como el eje principal de los planes de acción. A continuación se mencionan algunas de estas estrategias.

Atención primaria de la salud

El 12 de septiembre de 1978 se llevó a cabo en Alma-Ata, Kazajistán, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS)¹⁰, «considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo». De la Conferencia emanó la «Declaración de Alma-Ata», la cual está compuesta de 10 puntos.

Desde entonces y en los siguientes 25 años, se implementó en diversos países la APS, reconociéndola como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. En 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se dio a la tarea de examinar los principios y valores que inspiraron dicha Declaración, debido a los cambios constantes y actuales de las poblaciones. Como resultado de esta exhaustiva revisión, en 2005 se realiza una nueva estrategia de APS: la estrategia de sistemas de salud basados en la APS¹¹.

Esta nueva estrategia mantiene los 10 puntos de la «Declaración de Alma-Ata» e incorpora nuevas iniciativas, como la «Carta de Otawa para la promoción de la salud», la «Declaración del Milenio» y la «Comisión de los determinantes sociales de la salud».

Objetivos de desarrollo del Milenio

En septiembre de 2000 se aprobó la «Declaración del Milenio»¹² en la sede de la Organización de las Naciones Unidas. La Declaración compromete a los países a aceptar una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y a establecer una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los objetivos de desarrollo del Milenio, y cuyo vencimiento está fijado para el año 2015. Los jefes de Estado y de Gobierno consideraron a la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto de la naturaleza y la responsabilidad común como valores fundamentales para las relaciones internacionales.

Los objetivos de desarrollo del Milenio son: a) erradicar la pobreza extrema y el hambre; b) educación universal; c) igualdad entre los géneros; d) reducir la mortalidad de los niños; e) mejorar la salud materna; f) combatir el VIH/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); g) sostenibilidad del medio ambiente, y h) fomentar una asociación mundial.

En este sentido, lo que concierne a salud (objetivos d, e y f) ha tenido resultados favorables, aunque lamentablemente no los esperados.

En cuanto al objetivo d, «reducir la mortalidad de los niños», se ha tenido un avance considerable en la disminución de la mortalidad en estos grupos de edad, notablemente desde la aplicación de los esquemas de vacunación de manera universal (1991), así como la introducción de VSO (sales de rehidratación oral). En cuanto al objetivo f, «combatir el VIH/SIDA», ha sido importante el avance en la cobertura de tratamientos antirretrovirales, incluso entre los pacientes sin derechohabencia social; además, se tienen estrategias para la detección oportuna en pacientes embarazadas. Asimismo, se mantiene un trabajo coordinado entre autoridades y organizaciones de la sociedad civil para apoyar el financiamiento de proyectos contra esta enfermedad.

Contrariamente, en el objetivo e, «mejorar la salud materna», no se ha tenido el avance esperado, pues aunque se han manejado estrategias de promoción y prevención a la población, además de acciones de capacitación al personal, se hace necesario reforzar estos temas. De acuerdo con datos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, se tienen también datos interesantes que deben generar un cambio de estrategia: 41% de las mujeres fallecidas en 2011 buscaron atención con emergencia obstétrica en dos o más hospitales, y 22% de las muertes maternas (MM) en el valle de México «peregrinaron» en más de dos unidades. Para lograr la meta esperada, se ha establecido la «Fuerza de tarea para la reducción de la mortalidad materna», cuyo trabajo ha tenido hasta la fecha un impacto positivo, disminuyendo el número de MM con respecto al año anterior.

Sistemas locales de salud

Definidos como el «conjunto interrelacionado de recursos de salud, sectoriales y extrasectoriales, responsable de la salud de una población en una región geográfica específica, cuyos límites son casi siempre los de una o varias unidades geopolíticas»¹³, fueron creados por la necesidad de acelerar la aplicación de la estrategia de APS y alcanzar la meta de «salud para todos» en el año 2000 con equidad, calidad, eficiencia y una mayor participación social. La condición fundamental para su creación fue la participación consciente de toda la comunidad y del personal de salud a través de la «transferencia de responsabilidades y de

recursos a entidades locales capaces de tomar decisiones sobre la salud, sin obviar la responsabilidad ineludible del Estado de favorecer la equidad y calidad de la atención»¹⁴.

PreveniMSS

El programa arrancó en el año 2003 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y cuyo objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de los usuarios a través de elevar su cultura e información en el cuidado de la salud, para lograr una participación activa y corresponsable entre los derechohabientes y el personal médico.

Esta estrategia se define como la «prestación y evaluación sistemática de acciones preventivas, agrupadas según edad y género: niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores». Para cumplir con el objetivo, el programa se basa en cinco estrategias básicas: a) información a la población; b) capacitación del personal; c) modernización del sistema de información; d) reorganización de los servicios de medicina preventiva, y e) evaluación sistemática de las coberturas y de los impactos.

La primera de ellas se lleva a cabo a través del Sistema Institucional de Cartillas de Salud, distribución de Guías para el Cuidado de la Salud, y mediante mecanismos y campañas de comunicación social¹⁵.

La herramienta básica de esta estrategia es la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la prevención, la detección oportuna, el control de enfermedades y promoción de la salud reproductiva.

Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud

Estrategia generada con más de 150 especialistas del IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de la Secretaría de Salud, con el objetivo de definir una estrategia única de promoción de la salud y prevención de enfermedades para disminuir, mediante acciones anticipatorias, el impacto de las mismas sobre los individuos y la sociedad en su conjunto. Se basa en cinco líneas de acción: a) paquete garantizado de servicios de promoción y prevención; b) construcción de una nueva cultura para una mejor salud; c) reforma del primer contacto en salud; d) la salud: una política de Estado, y e) evidencia y rendición de cuentas.

Cada una de las instituciones del sector salud, de acuerdo con esta estrategia, debían basarse en estas

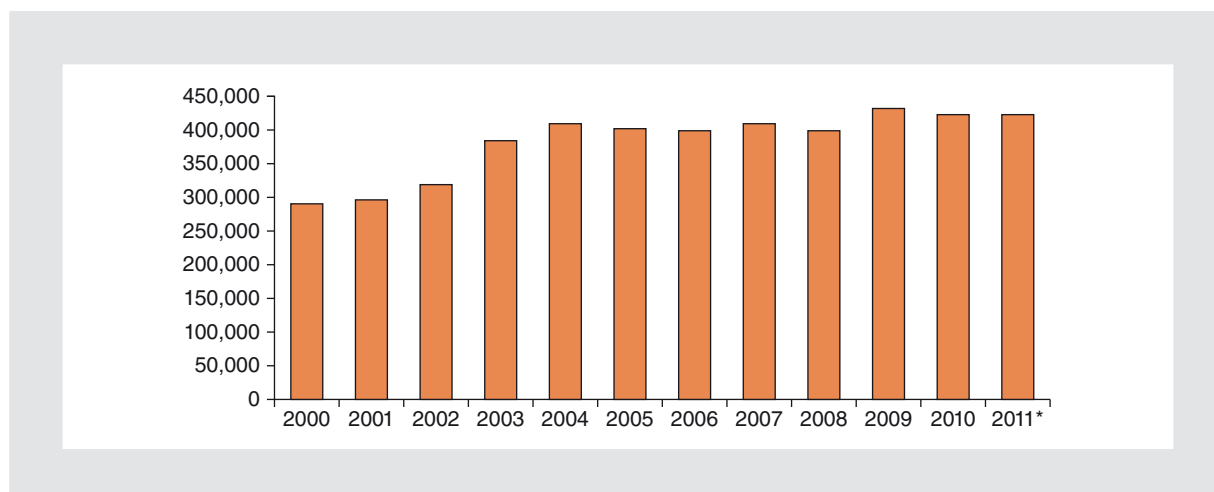


Figura 4. Casos nuevos de diabetes mellitus. México 2000-2011 (adaptado de SINAVE/DGE. México: Secretaría de Salud; 2011) *Cierre preliminar 2011.

líneas de acción para generar programas de prevención y promoción; un ejemplo palpable como resultado de la estrategia fue la generación y distribución de las cartillas nacionales de salud. No obstante, existen ciertos componentes de las líneas de acción que no han podido ser desarrolladas y/o implementadas.

PrevenISSSTE cerca de ti

Estrategia implementada en el año 2010 que tiene como objetivo identificar en los derechohabientes factores de riesgo para padecer enfermedades cronicodegenerativas, brindando atención preventiva a través de información en línea y recomendaciones para promover estilos de vida saludables, fomentar el autocuidado, además de prevenir y retrasar daños en la salud de la población.

La estrategia se basa en una plataforma electrónica que integra herramientas en líneas de evaluación, educación y cambio conductual, así como el otorgamiento de información preventiva de factores de riesgo para enfermedades cronicodegenerativas; también se generan recomendaciones para modificar hábitos y conductas, y se complementa con un Centro de Atención Telefónica gratuita.

Conocemos las estrategias: ¿hemos alcanzado el objetivo?

Es importante destacar que en nuestro país se han implementado estrategias de salud pública para contrarrestar los efectos de dichas transiciones, sin embargo, hasta la fecha ninguna ha alcanzado los resultados

esperados. Lo anterior puede deberse a la aparición de nuevas enfermedades y que su abordamiento no depende solo de los sistemas de salud, sino de un sistema social y económico complejo donde están involucrados los determinantes sociales, como lo son ingreso económico, escolaridad, ocupación, vivienda, etnicidad, edad, alimentación, accesibilidad y equidad.

Un claro ejemplo es el aumento en la prevalencia del sobrepeso y obesidad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), de 1999-2006 el sobrepeso y la obesidad en mujeres de 20-49 años aumentó 25 y 32%, respectivamente. Estas dos condiciones no están determinadas solo por la falta o deficiencia de estrategias de los sistemas de salud, sino por factores que inciden desde los ámbitos social y económico, principalmente.

Otro ejemplo es el de la diabetes *mellitus*: de acuerdo con la ENSANUT 2006, la prevalencia por diagnóstico médico fue de 7.2%, pero si revisamos 10 años atrás, la aparición de casos nuevos no ha variado a lo largo del tiempo, a pesar de las estrategias implementadas (Fig. 4).

¿Cómo podemos alcanzar el objetivo?

Sistema de salud integrado

Para lograr el viraje de lo curativo a lo preventivo se requiere de una transformación del sistema de salud, tal y como lo conocemos actualmente. Es necesario, no obstante, considerar que todas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las entidades federativas son independientes en su actuar, lo

que ha generado diversos problemas tanto de coordinación como de implementación, pues las diferentes estrategias que cada institución maneja tienen como alcance a su población afiliada.

Por ello, la propuesta de generar un sistema único de salud es viable y necesario, más aún si en este nuevo esquema se toma a la salud pública como elemento integrador para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud a través de acciones colectivas.

Un sistema único de salud no implica deshacer lo que se ha construido hasta el momento; por el contrario, permitiría tener una coordinación de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en los campos de la rectoría, financiamiento, prestación de servicios y articulación de actividades.

Lo anterior tendrá que generar necesariamente una adaptación jurídica con una mejora de la gestión y del modelo administrativo, pero, sobre todo, del desarrollo de un marco que tenga en cuenta las transiciones epidemiológicas y demográficas. Dentro de esta misma transformación se deben incluir los principios de portabilidad y convergencia que apoyen la implementación de estrategias con un elevado impacto positivo en la salud de la población.

Implementación apropiada y efectiva de las estrategias de promoción de la salud

Otra estrategia consiste en situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud, a través de una coordinación intersectorial e interinstitucional con estrategias efectivas. Se debe promover la asistencia de la población a consulta médica mientras esté sana, lo que permitiría detectar de manera oportuna factores de riesgo que puedan ser combatidos con oportunidad.

Si bien en México existe actualmente el programa «Consulta segura», que se otorga a los afiliados al Seguro Popular, es importante que este tipo de estrategias que buscan la detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades pueda ser extrapolado al resto de la población.

Capacitación a personal de salud y educación a la población

Es importante que se generen nuevos recursos humanos en materia de salud pública; sin embargo, todo el personal de salud y administrativo que actualmente se encuentra laborando en el ámbito de la salud pública requiere entrar a programas de capacitación y

actualización en materia de prevención y control de enfermedades. Asimismo, es necesario que se refuerzen los programas académicos en materia de salud pública en las instituciones formadoras de personal de salud.

Investigación enfocada a toma de decisiones

Actualmente, en México, se realiza una amplia investigación científica en el campo de la medicina; son varias las instituciones de investigación públicas y privadas situadas en los primeros lugares de generación de conocimiento a escala nacional e internacional. Sin embargo, es necesario reforzar la investigación en el campo de la salud pública, no solo en cuanto a modelos descriptivos, sino como proyectos con el sustento metodológico suficiente para poder generar nuevas políticas públicas como soporte para la toma de decisiones en el sector salud.

Uso eficiente de los recursos

El tema de la distribución de los recursos en salud puede ser tan complejo como el mismo sistema de salud; sin embargo, es necesario que se generen estrategias para garantizar la rendición de cuentas clara y transparente, así como afianzar el seguimiento en el uso de dichos recursos, esto es, desde la adquisición hasta su utilización.

Por otro lado, el seguimiento en el uso de los recursos a través de indicadores de resultado permitirá determinar los puntos donde se requiere un mayor soporte económico, disminución de las pérdidas y control sobre la inadecuada distribución a programas o estrategias.

Actualmente, se reforzaron los mecanismos de financiamiento a través de la designación de cerca de \$ 10.2 mil millones de pesos para acciones de prevención; sin embargo, este cambio de paradigma no es suficiente solo con el cambio de un sector (en este caso, el económico).

Conclusiones

El gran reto que enfrenta nuestro país es el manejo y la operación a corto, mediano y largo plazo de cualesquiera de las estrategias que se establecen; para ello, se requiere de un trabajo coordinado, multidisciplinario y multisectorial, con una visión de Estado.

El pilar de la salud en nuestro país, si queremos que nuestro sistema de salud sea capaz de otorgar la

atención que la población requiere y cubrir sus necesidades de salud, debiera ser la promoción de la salud, con un enfoque multidisciplinario para realizar un viraje de la medicina curativa a la medicina preventiva.

Si bien durante 2012 se ha destinado por primera vez en mucho tiempo una proporción importante de recursos económicos a las actividades de prevención y promoción de la salud, es importante mencionar que para lograr que la promoción de la salud sea el pilar del sistema de salud no se logra solo con un adecuado financiamiento; se requiere además un esfuerzo y gran labor dentro del mismo sector, a través de la capacitación del propio personal de salud en cuanto a la importancia de la promoción de la salud, del reclutamiento de personal especializado en salud pública, y que todas las instituciones que conforman al sector salud logren una coordinación multisectorial para lograr un viraje eficaz, oportuno, pero sobre todo coordinado.

Adicionalmente, este viraje requiere forzosamente la participación de múltiples sectores fuera del sector de la salud, como es el de educación (tanto a nivel básico como de licenciatura y especialidades en salud), investigación, economía, seguridad, etc.

Dejo a la reflexión de cada uno de los que participamos que, para mejorar la salud de nuestra población, es necesario un cambio de paradigma, primeramente en nosotros como trabajadores de la salud,

tomadores de decisiones y funcionarios públicos, sobre la importancia de la prevención de las enfermedades, con lo cual podremos apoyar que ese cambio se pueda dar también en la población. Si nosotros no estamos convencidos, ¿cómo podremos convencer a los demás?

Bibliografía

1. Partida BV. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. CONAPO. 2004.
2. Ham Chande R. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. CONAPO. 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>.
4. Partida BV. *Op. cit.*
5. Santos JI. El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-3/RFM45308.pdf>.
6. Organización Mundial de la Salud. La erradicación mundial de la viruela. Informe final de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela. Ginebra: 1979.
7. Cuéntame. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2010.
8. Leman E, et al. Infrastructure: a conceptual framework. In: Strengthening Public Infrastructure Investment Policy. Chreod Ltd; 2022.
9. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971;49(4 Pt 1):509-38.
10. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Declaración de Alma-Ata; 1978; Alma-Ata, URSS.
11. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OMPS-OPS; 2007.
12. Declaración del Milenio. Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/55/2. Septiembre 2000.
13. Gutiérrez G. Los sistemas locales de salud: una transición de la respuesta social organizada. *Salud Pública Mex*. 1991;33:617-22.
14. Los sistemas locales de salud. Organización Panamericana de la Salud; 1993.
15. Programas Integrados de Salud PREVENIMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2005.

La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular

David García-Junco Machado*

Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

Este texto es un resumen de la manera en que evoluciona el sistema de salud en México desde las primeras instituciones hasta la actualidad. Aborda principalmente las problemáticas que llevaron a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular en 2003; se exponen sus objetivos, el funcionamiento, los retos a los que se enfrenta y las estrategias que se han implementado en los últimos 8 años.

También se muestran los principales resultados que se han logrado en materia de salud desde la creación del Seguro Popular: afiliación de grupos vulnerables, cobertura universal, cobertura médica e impacto en los gastos de bolsillo y gastos catastróficos.

El texto concluye con la visión del sistema de salud actualmente; es decir, los objetivos que se tienen establecidos a largo plazo para México.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud mexicano. Sistema de Protección Social en Salud. Seguro Popular.

Abstract

This text is a summary of how the health system evolves in Mexico since the first institutions to date. Primarily addresses the problems that led to the creation of the Social Protection in Health System or Seguro Popular in 2003, as well as its objectives, performance, challenges faced and strategies that have been implemented over the past eight years. Also shown are the main results that have been achieved in health since the creation of Seguro Popular: membership of vulnerable groups, universal coverage, medical coverage and impact on out of pocket expenses and catastrophic expenses.

The text concludes with the current vision of the health system; which means, the objectives set out in the long run to Mexico.

KEY WORDS: Mexican health system. Social Protection in Health System. Seguro Popular.

Antecedentes

En la actualidad existen diversos sistemas de salud en el mundo que pueden clasificarse en dos grandes tipos: seguridad social y protección social. Por un lado, la seguridad social es un sistema que se desarrolla en Europa durante el último tercio del siglo XIX. Este tipo de sistema funciona con relación a la condi-

ción laboral de los ciudadanos, otorgando acceso a servicios de salud a aquellos que tienen un trabajo asalariado, y provee acceso a salud, pensiones, créditos y otros beneficios. Su financiamiento suele provenir de un esquema tripartito entre el gobierno, los patrones y los empleados. Por su parte, los sistemas de protección social se desarrollan durante la primera mitad del siglo XX, principalmente en Reino Unido; la principal diferencia radica en que este esquema se basa en la concepción de la salud como un derecho social. Es decir, el Estado debe garantizar la provisión y protección de los derechos sociales a todos los ciudadanos a través de fondos públicos.

Correspondencia:

*David García-Junco Machado
Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Secretaría de Salud
Gustavo E. Campa, 54
Col. Guadalupe Inn, C.P. 01020, México, D.F.
E-mail: david.garciajunco@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

Hasta principios de este siglo, México tenía un sistema de seguridad social cuyo establecimiento comenzó a principios del siglo pasado (1905) con la creación del Hospital General de México, y una década después con la conformación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad, ambos incluidos en la elaboración de la Constitución de 1917.

En 1934, se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública que fungían como instancias de colaboración entre la federación y los estados. Para 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública como resultado de la integración de la Dirección de la Beneficencia Pública del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia Social e Infantil.

Sin embargo, es hasta la década de 1940 que se desarrollaron las principales instituciones de salud, bajo un sistema de seguridad social basado en la alianza entre trabajadores, patrones y gobierno. Así, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y posteriormente, con la reforma constitucional de 1959, se establecieron las bases para la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), iniciando operaciones en 1960. Ambas instituciones comenzaron progresivamente a construir clínicas y hospitales por todo el país.

Debido a la naturaleza del sistema de seguridad social se marginaba en alguna medida a la población no integrada a un trabajo asalariado (autoempleo, sector informal y desempleo). Por esta razón, en 1979 se creó el programa IMSS-Coplamar como resultado de las modificaciones a la Ley del Seguro Social de 1973, ampliando los beneficios a trabajadores del campo que no tenían capacidad contributiva. No obstante, fue hasta 10 años después, en 1983, que se estableció la salud como un derecho constitucional, es decir, se desvinculó de la situación laboral de los individuos.

Posteriormente, en 1987 se emitió un decreto de creación que conjuntó tres instituciones en una sola: la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), el Centro de Investigación en Salud Pública (CISP) y el Centro de Investigación Sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI), dando lugar al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Asimismo, en la década de 1990 se crearon una serie de programas con el fin de combatir los principales problemas de salud y pobreza que enfrentaba el país, entre los que destacan el Programa Nacional de Inmunización, la Fundación Mexicana de Salud Pública y el Programa de Educación, Salud y Nutrición.

A pesar de las acciones tomadas con la finalidad de incluir a la población no asegurada durante las últimas dos décadas del siglo XX, a principios del siglo XXI seguían existiendo desequilibrios en el funcionamiento del sistema de salud que afectaban principalmente a la población vulnerable, ya que no había equidad e igualdad en el acceso a la salud, mismos que se pueden clasificar del siguiente modo¹:

- Bajos niveles de inversión en el sistema de salud, que equivalía al 5.6% del producto interno bruto (PIB), comparado con 10% de inversión en salud promedio a nivel mundial².
- Altos niveles de gasto de bolsillo individual en cuestiones de salud, ya que el 53.2%³ de los gastos estaban cubiertos por los individuos.
- Inequidad del gasto público entre población asegurada, no asegurada y entre entidades federativas. Del total del gasto gubernamental en salud, el 73% estaba dirigido a nóminas, mientras que las entidades federativas llegaban a variaciones de 8-1 entre ellas.
- Contribución inequitativa entre entidades federativas.
- Baja inversión en salud y equipo médico.

En presencia de estos problemas, en 2003 se hace operativo el derecho a la salud para todos los mexicanos, dando lugar a un cambio entre un sistema de seguridad social a uno mixto que agrega un sistema de protección social. Así, en este mismo año se reformó la Ley General de Salud (LGS) para establecer el SPSS. Con la creación del Seguro Popular, brazo operativo del sistema, se hizo posible el acceso al derecho a la salud; actualmente este sistema coexiste con el sistema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, sistema de seguridad social de Petróleos Mexicanos [PEMEX] y del Ejército).

El Sistema de Protección Social en Salud de México

Al crearse el SPSS se fijaron a través del Programa Nacional de Salud (PRONASA) diversos objetivos con la principal meta de proveer de acceso a la salud a todos los mexicanos, objetivos que se plantean siguiendo cuatro ejes principales: equidad, calidad, protección financiera y cobertura universal.

La equidad refiere a la disminución y desaparición de las desigualdades existentes en el financiamiento a la salud. Por su parte, la calidad busca mejorar el nivel de salud de los ciudadanos a través de los servicios médicos proporcionados. En cuanto a la protección

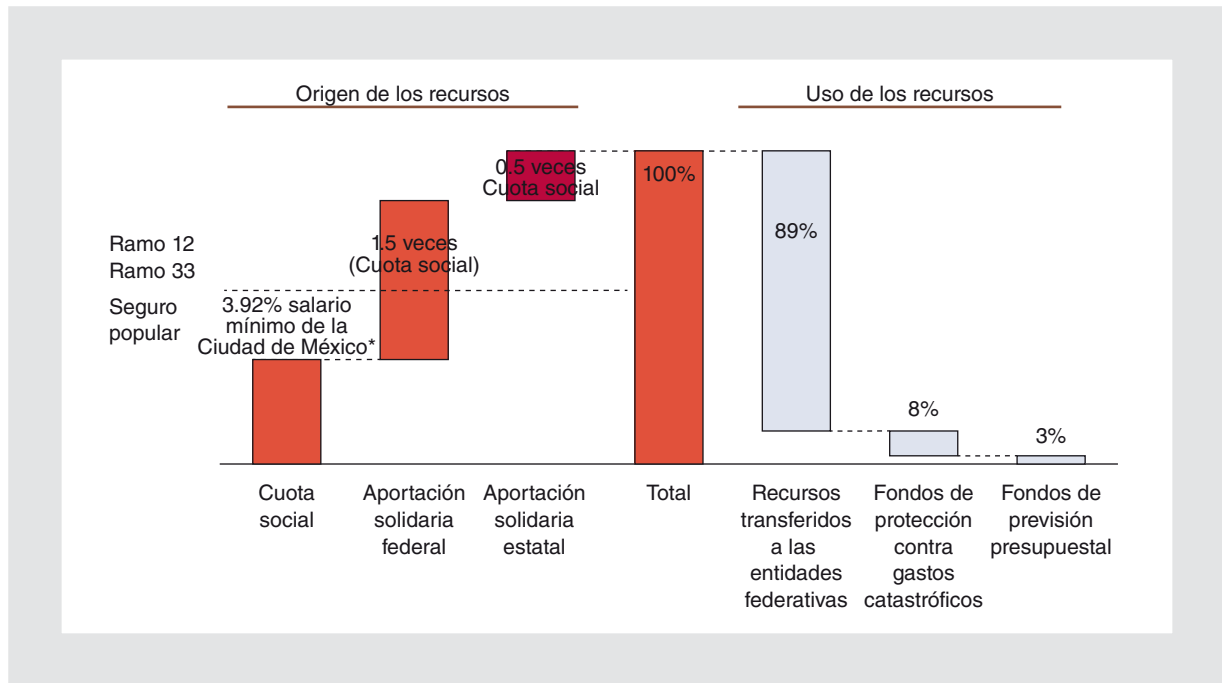


Figura 1. Origen y destino de los recursos del SPSS. 2009. Salario mínimo ajustado por inflación* (adaptado de Informe de Resultados, primer semestre de 2011).

financiera, implica proveer de financiamiento a los servicios de salud para todos los ciudadanos que no cuentan con aseguramiento de otros sistemas y lograr reducir el gasto de bolsillo en salud. El último eje es alcanzar la cobertura universal dando acceso a los servicios de salud a todos los mexicanos.

El SPSS comenzó con programas específicos que buscaban la cobertura de la población más vulnerable del país: recién nacidos, mujeres embarazadas, población indígena y los estratos bajos. Los afiliados al Seguro Popular para 2011⁴ de estos grupos son los siguientes:

- El Seguro Médico para una Nueva Generación cuenta con 5.8 millones de niños; a través de la Estrategia Embarazo Saludable se han afiliado al Seguro Popular 1.75 millones de mujeres embarazadas y más de 14.5 millones de beneficiarios en los 1,250 municipios de zonas prioritarias, que representan el 28.0% respecto a la afiliación total al sistema.
- Actualmente existen 14.5 millones de afiliados al Seguro Popular a través del Programa Desarrollo Humano Oportunidades. Esto equivale a 5.8 millones de familias y representa el 28.15% de la afiliación total al sistema.
- La afiliación en localidades donde más del 40% de la población habla alguna lengua indígena ascendió a 4.6 millones de afiliados.

- De los afiliados, 17.9 millones viven en zonas rurales, lo que equivale al 34.7% del total, en tanto que en las zonas urbanas se contabilizan 33.8 millones de personas, equivalente al 65.3%.

Modelo operativo del Sistema de Protección Social en Salud

El modelo financiero del SPSS se sustenta en un esquema tripartito con aportaciones del gobierno federal y de las entidades federativas por persona afiliada, así como por contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica (Fig. 1).

Aportaciones federales

La aportación anual que el gobierno federal realiza al SPSS está integrada por una cuota social (CS) y una aportación solidaria federal (ASF), ambas establecidas de acuerdo con el número de afiliados. La ASF equivale en promedio a 1.5 veces el monto de la CS, que para 2011 asciende a 1,271.70 pesos. La distribución de esta aportación se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPSS) vigente en 2011, la cual contiene componentes de asignación por persona

afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada entidad federativa.

Aportación solidaria estatal

La LGS establece que los gobiernos de los estados y del distrito federal tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por persona afiliada, la cual debe ser equivalente a la mitad de la cuota social. En 2011, este monto fue de 423.90 pesos/persona, y en conjunto se aportaron 20,599.9 millones de pesos.

Cuota familiar

Es una cuota que aportan los afiliados de manera anual y progresiva conforme al nivel de ingreso familiar; el pago de la cuota puede ser de forma trimestral.

Cabe destacar que actualmente el sistema está financiado principalmente a través del presupuesto de egresos de la federación, es decir, los impuestos generales. Esto debido a que el 99.4% de los afiliados no pagan cuota familiar pues el cálculo del ingreso se basa en el autorreporte de la familia al momento de la afiliación, mismo que coloca a la mayor parte de los afiliados en los deciles más bajos⁵.

Aplicación de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud

La aplicación específica de los recursos se hace a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS), que son las entidades que reciben los recursos acorde al número de afiliados que tengan y se encargan de garantizar el financiamiento de servicios de salud a través de los proveedores de servicios (centros de salud, caravanas, hospitales generales y hospitales de especialidades). El total de recursos con que cuenta el SPSS se distribuye de la siguiente manera:

- El 89% de los recursos se destinan a la prestación de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención médica.
- El 8% se destina al pago de los tratamientos de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico⁶, mediante el fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC).
- El restante 3% se destina al fondo de previsión presupuestal (FPP) que se utiliza para el desarrollo de infraestructura y equipamiento para la

Tabla 1. Intervenciones cubiertas por el CAUSES

Conglomerado	Número de intervenciones en CAUSES
Salud pública	24
Consulta general, familiar y de especialidad	104
Odontología	8
Urgencias	25
Hospitalización	45
Cirugía general	69

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud (adaptado de SPSS. Informe de resultados 2011).

atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, así como para cubrir necesidades de demandas imprevistas.

En la siguiente sección se explican más detalladamente los servicios de salud y la cobertura con que cuentan los afiliados al Seguro Popular.

Cobertura

El sistema de cobertura de primer y segundo nivel de atención médica se define en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); es clasificado en seis conglomerados (Tabla 1)⁷.

Actualmente incluye 275 intervenciones, de las cuales nueve fueron incluidas en el año 2011⁸, mismas que son reportadas como los principales egresos hospitalarios, cubriendo en su totalidad el diagnóstico, tratamiento y estudios requeridos en el primer nivel de atención médica y la mayor parte de las intervenciones hospitalarias de segundo nivel; además de que incluye los 422 medicamentos asociados a estas. En cuanto a la infraestructura, se cuenta con 9,592 unidades acreditadas que brindan estos servicios médicos.

En cuanto a medicina de alta especialidad que protege de gastos catastróficos, el Seguro Popular, a través del FPGC, cubre un total de 57 intervenciones agrupadas en 16 conglomerados de enfermedades. En los últimos 5 años se han atendido más de 464,000 casos a través de este fondo, y se cuenta con una red de 242 hospitales que proveen los servicios de salud para la atención de dichas enfermedades.

La finalidad del FPGC es disminuir el empobrecimiento de las familias, sobre todo en los hogares de

Tabla 2. Proporción de la población que enfrentaba gastos catastróficos y empobrecedores en 2003

Quintiles de ingreso/Condición de aseguramiento médico	+ pobre					Por condición de aseguramiento		
	I	II	III	IV	V	Aseguramiento	No aseguramiento	Total
Hogares que enfrentan gastos catastróficos	4.7	4.2	2.4	2.8	2.9	1.2	5.1	3.4
Hogares que enfrentan gastos empobrecedores	19.1	0.3	0.0	0.0	0.0	1.0	6.0	3.8
Gasto catastrófico y empobrecedor	19.3	4.2	2.4	2.8	2.9	2.2	9.6	6.3
Proporción de hogares asegurados por la seguridad social	10.8	36.5	50.8	58.3	61.7	-	-	-

Adaptado de Secretaría de Salud (SSA). Citado en Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México, 2005.

menores ingresos, ya que son los que tienen una mayor incidencia de enfermedades catastróficas y empobrecedoras, y al mismo tiempo, tienen menor probabilidad de acceder a un seguro (Tabla 2).

Logros alcanzados

Todas las acciones que se han mencionado han tenido numerosos impactos positivos en el sistema de salud mexicano. El principal logro es en cuanto a la cobertura universal, ya que, para diciembre de 2011, el SPSS contaba con 51.8 millones de afiliados⁹ de una meta establecida de 51.3 millones.

Uno de los objetivos fundamentales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es disminuir el gasto en salud de la población. Al respecto, es importante destacar que el porcentaje de gasto de bolsillo disminuyó de 53.2% en 2002 al 49% en 2010¹⁰, mientras que el porcentaje de hogares con gastos catastróficos pasó de 3.5% en 2002 al 2.7% en 2010¹¹.

Por su parte, con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)¹² se encuentra que entre 2006-2010 hubo una disminución de 341,000 hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, lo cual equivale al 34% del total de hogares.

Así, los principales objetivos planteados al establecimiento del SPSS han sido alcanzados, logrando la protección de la población más vulnerable junto con la protección de los mexicanos que se encontraban sin acceso a servicios de salud. Aunado a esto, se ha logrado un impacto positivo en el gasto de bolsillo de la población y con esto desaparece la vulnerabilidad de las familias con menores ingresos de enfrentar gastos empobrecedores.

Sin embargo, el sistema de salud sigue enfrentando retos que deben ser atendidos y tomados en cuenta

para su continuo mejoramiento y para garantizar la sustentabilidad del sistema.

Principales retos

Numerosas investigaciones, estudios y gobiernos alrededor del mundo han encontrado que los sistemas de salud pública de los países desarrollados y en vías de desarrollo se están enfrentando a nuevos retos, debido principalmente a los cambios demográficos y epidemiológicos en la población. México no es la excepción, por lo que el sistema de salud debe consolidarse considerando el financiamiento y la prevención de los nuevos retos.

Uno de los retos a enfrentar es la transición demográfica y epidemiológica. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que para el año 2050 habrá mayor población de adultos jóvenes y adultos mayores (61.9%) que niños (16.8%), lo cual tiene implicaciones en los sistemas de salud, ya que el perfil epidemiológico se ve afectado, modificando la demanda de enfermedades; por ejemplo, incrementarán los problemas cardiovasculares o diabetes, cuando antes la demanda se podía encontrar en problemas de neumonía o en etapas neonatales.

Vale la pena destacar que los estilos de vida y las costumbres actuales también han tenido efecto. Si antes los países en desarrollo tenían severos problemas de desnutrición, la mejoría económica y la adopción de ciertos estilos de vida han llevado a problemas de sobrepeso (con mala nutrición) y diabetes (Tabla 3).

Este cambio demográfico exigirá que el sistema de salud cuente con el personal calificado para enfrentar los nuevos retos. Como podemos observar, dos de las principales causas de muerte son la diabetes y

Tabla 3. Principales causas de muerte en México

Cinco principales causas de muerte en México	
1965	2008
Diarrea	Cardiovascular, cerebrovascular e hipertensión
Neumonía	Diabetes
Neonatal	Enfermedades hepáticas
Accidentes y violencia	Accidentes y violencia
Paludismo	Cáncer

Adaptado de Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)/DGEI-DG. EPID SSA, 2008.

las enfermedades hepáticas, sin embargo, el número de nefrólogos con que cuenta el país no está preparado para esta situación (Tabla 4).

Es igualmente necesario cumplir a cabalidad la tutela¹³ de derechos de los afiliados y brindar un servicio de alta calidad y oportunidad, acorde a las necesidades de la población; además, debe tener un fuerte enfoque preventivo que cuente con el objetivo principal del fortalecimiento de la corresponsabilidad¹⁴. Por ello, para 2009 se implementó una nueva estrategia: Consulta Segura.

Consulta Segura

En el año 2009 se implementó la estrategia de Consulta Segura con el propósito de identificar el perfil de riesgo de la población, lo que también permite hacer frente a los cambios demográficos con tendencia al envejecimiento poblacional y al incremento de enfermedades cronicodegenerativas con el fin de mitigar los retos del sistema de salud.

Esta estrategia permite mejorar la salud preventiva a través de una detección temprana de los riesgos de los afiliados, robustecerá los sistemas de información médica y administrativa existentes para optimizar la planeación financiera, mediante un *software* y tablero de control y optimizará la orientación de los recursos transferidos a los estados.

Comprende la elaboración de un padrón mediante registro biométrico de los afiliados del Seguro Popular; el tamizaje de riesgos se conforma por cuatro pruebas básicas: control del peso (desnutrición, sobrepeso u obesidad), presión arterial (hipertensión), glucemia en sangre capilar (diabetes) y hemoglobina (anemia).

Tabla 4. Nefrólogos en México

Entidad	N.º nefrólogos
Colima	0
Baja California Sur	2
Nayarit	2
Zacatecas	2
Campeche	3
Tlaxcala	3
Quintana Roo	3
Durango	3
Hidalgo	3
Conurbada D.F. - Edo. de México	273

Adaptado de Consejo Mexicano de Nefrología 2010, y CONAPO 2009.

Con la Consulta Segura se espera reducir el número de muertes por enfermedades no transmisibles, diabetes, cardiopatías y cáncer, así como transitar a una cultura de salud donde prevalezca la prevención.

Adicionalmente, la detección temprana de enfermedades permite evitar las complicaciones que afectan tanto a las finanzas públicas como al bolsillo de los ciudadanos. Por ejemplo, el control de la hipertensión tiene un costo promedio anual de entre 3,000-6,000 pesos, en contraste con la atención de un infarto agudo de miocardio, que tiene un costo mayor a 300,000 pesos.

A diciembre del 2011 se trabaja en 27 de las 32 entidades federativas, con un avance de 9.65 millones de registros de huella y 3.63 consultas seguras realizadas¹⁵. El objetivo es lograr en 3 años que todos los afiliados al Seguro Popular y a Oportunidades cuenten con su registro y su consulta.

Visión del sistema de salud en México

El planteamiento del SPSS se dirige a lograr y consolidar un único sistema que logre posicionar a México como uno de los países que tienen un sistema de protección social que protege a todos los ciudadanos independientemente de su condición laboral.

De manera general la visión del sistema de salud mexicano busca tener prestaciones de atención médica, prestaciones monetarias (vejez, enfermedad, accidentes, invalidez y vida) y vivienda; para ello es

necesario que cuente con componentes específicos que cambiarían el funcionamiento actual del sistema:

- Un fondo único de aseguramiento que permitiría diversificar riesgos en salud a escala nacional, de manera solidaria y eficiente.
- La existencia de una contribución social generalizada para la salud.
- Separar el financiamiento de la atención médica del de otras prestaciones de la seguridad social.
- Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud.
- Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud.

Bibliografía

1. González FJ, Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaut FM. Comprehensive return improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2009;368:1525-34.
2. Sosa-Rubí SG, Sesma S, Guijarro M. Análisis del gasto en salud en México 2001-2006. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. México, 2009-2012.
3. OECD Health Data 2004.
4. Datos del Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011.
5. La cuota familiar establece que los primeros cuatro deciles están libres de pago, mientras que del quinto al décimo decil pagan progresivamente una cuota anual.
6. Entendiendo el gasto catastrófico como el gasto que hace una familia en servicios de salud que supera el 30% del ingreso familiar, pudiendo llevarlos al empobrecimiento. Así, el FPGC constituye una protección a la población afiliada, evitando gastos de bolsillo a los afiliados.
7. Datos a diciembre de 2011. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011.
8. Para febrero de 2012, el SPSS cubre 284 intervenciones y 522 medicamentos asociados; además, se han atendido 472,000 casos a través del FPGC (información de la CNPSS).
9. Para marzo de 2012, el SPSS cuenta con 52.57 millones de afiliados (datos de la CNPSS).
10. Datos de la OECD de ambos años 2002 y 2010.
11. *Ibidem*.
12. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares. INEGI, 2006, 2010.
13. Entendiendo por tutela la capacidad de los afiliados de exigir y conocer sus derechos y obligaciones.
14. Corresponsabilidad: el cumplimiento de los derechos y obligaciones de la CNPSS y de los afiliados.
15. A marzo de 2012, se tiene un avance de 4.5 millones de consultas y 11 millones de registros biométricos.

La seguridad social en la transformación del sistema de salud

Santiago Echevarría-Zuno*

Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Resumen

El siguiente artículo tiene como objetivo plasmar una visión de los elementos que pueden aportar las instituciones para la transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) con el fin de ampliar la cobertura y mejorar la atención a la salud de la población mexicana. Un diagnóstico del SNS pone de manifiesto su fragmentación, que sus instituciones, verticalmente constituidas, operan bajo mecanismos aislados de financiamiento y administración; señala la problemática originada por la multiplicidad en la condición de aseguramiento, así como la falta de censos por parte de las instituciones.

Como parte de la universalización de los servicios de salud, es necesaria una integración funcional de las instituciones, por lo que se plantean mecanismos para la integración parcial, como el intercambio de servicios, y para la integración total a través de la portabilidad y convergencia. Así mismo, se enlistan las acciones realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la transformación del SNS como son las áreas médicas de gestión desconcentrada, los grupos relacionados con el diagnóstico, la evaluación del desempeño, y las principales estrategias preventivas, curativas y de apoyo que se han implementado. Finalmente se aborda una serie de consideraciones para la mejora de los esquemas públicos en salud.

PALABRAS CLAVE: Seguridad social en salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Universalización de servicios de salud.

Abstract

The aim of this article is to present the management and medical components within the public health institutions that can contribute to the transformation of the National Health System (NHS). It is expected that these will have an impact in the extent of the medical coverage and will improve the health care services delivered to the Mexican population. A diagnostic study revealed the existence of fragmentation in the NHS. The health institutions are vertically established and operate under isolated mechanisms of financing and administration. Additionally, it is pointed out the problematic derived from the multiplicity in the public insurance conditions among individuals and the lack of census of the insured population within the institutions.

As part of the universalization of health services, it is necessary to integrate the health care system; accordingly, a variety of mechanisms for the partial and total integration are arise, such as the exchange of the health care services and the portability and convergence of the institutions. Particularly, we listed the actions carried out by the Mexican Institute of Social Security for the integration of the NHS such as, the independent management medical areas, diagnosis-related groups (DRG), the performing evaluation of the medical units, and the preventive and curative strategies in the implemented programs. Finally, is dealt some reflections in order to improve the public health schemes.

KEY WORDS: Social security in health. Mexican Institute of Social Security. Universal health care.

Correspondencia:

*Santiago Echevarría-Zuno
Dirección de Prestaciones Médicas
Instituto Mexicano del Seguro Social
Reforma, 476
Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.
E-mail: santiago.echevarria@imss.gob.mx

Nota: este documento es producto de la versión estenográfica de la ponencia de S. Echevarría-Zuno en el IV Simposio «Algunos problemas globales de salud de impacto local» bajo el tema «Hacia la transformación del sistema de salud en México»

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

Introducción

A lo largo de esta intervención expresaré la opinión que, en el IMSS, se tiene respecto a los pasos necesarios para llevar a cabo la transformación del SNS.

Para comenzar, felicito a M. López Cervantes por su presentación y por el diagnóstico que hizo de algunas de las consideraciones generales del SNS.

El contenido que abordaré incluye un diagnóstico del SNS, el análisis de la situación actual de las instituciones de seguridad social y las acciones propuestas para la transformación del sistema.

Diagnóstico del Sistema Nacional de Salud

El actual SNS está integrado por un grupo de instituciones independientes y poco coordinadas entre sí, debido principalmente a las desigualdades inherentes de sus propios marcos legales y normativos. El SNS se encuentra verticalmente constituido y está basado en mecanismos de financiamiento, de operación y de administración aislados y con responsabilidad individual propia, es decir, que cada institución atiende distintas problemáticas de salud de acuerdo con las condiciones y características de su población objetivo.

Cada institución es la responsable de sus procesos financieros y aseguradores, los cuales se materializan en diversas prestaciones sociales y económicas, lo que evidencia la complejidad y conformación de su arquitectura. Esta situación deriva también en una baja eficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios, en problemas de acceso ante la existencia de diversos esquemas de afiliación o aseguramiento, así como en la cobertura de padecimientos diferentes.

La figura 1 muestra la estructura e inequidades en el financiamiento del SNS, la cual, al simplificarla, permite apreciar claramente su complejidad; los prestadores de servicio, la población objetivo, las fuentes de financiamiento y la operación se encuentran totalmente desvinculados, sin una estructura general ni un marco regulatorio único.

Aunado a lo anterior, existe un desconocimiento generalizado de las poblaciones objetivo, es decir, de las poblaciones cubiertas de cada institución. En su último registro, el IMSS reporta un total de 54.9 millones de personas¹, de las cuales, 39 conforman la población adscrita a médico familiar. Existe incluso una población intermedia integrada por 45.2 millones de personas adscrita a unidades de medicina familiar. Estas

diferencias no permiten contar con datos fidedignos respecto a la cobertura real que se tiene en todo el sistema. Incluso, cabe resaltar que existe un número muy importante de personas que refieren no estar cubiertas por ninguna institución de seguridad social o de protección en salud.

Uno de los principales problemas reside en que la mayoría de estas poblaciones no son contabilizadas, sino estimadas. La misma dinámica laboral hace posible que en un mismo año los trabajadores puedan modificar su situación de aseguramiento, impidiendo la contabilización objetiva del número de asegurados de cada institución. En el IMSS, por ejemplo, los 54.9 millones de derechohabientes representa una cifra estimada por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) a partir del número de asegurados. La población real es la población adscrita a médico familiar, porque equivale a los 39 millones de expedientes clínicos electrónicos, lo que significa una lista de personas que tienen nombre y apellido.

Situación actual de las instituciones de seguridad social

A continuación se abordará brevemente la situación actual del sistema con respecto al presupuesto ejercido en salud a nivel nacional y por institución. El gasto total en salud del país representa el 6.1%² del precio interno bruto (PIB); este porcentaje ha sufrido un incremento del 20% en los últimos 10 años, sin embargo, el gasto de bolsillo continúa representando más de la mitad del gasto total en salud, como una consecuencia de las fallas existentes en el sistema. Cada institución tiene un ejercicio presupuestal diferenciado y sin relación directa con las responsabilidades que asumen respecto a sus poblaciones objetivo. Respecto a los ingresos de las instituciones por afiliado, el Seguro Popular, por ejemplo, ingresa aproximadamente 2,000 pesos por cada afiliado por concepto de las cuotas familiares, pero recibe por parte del gobierno federal alrededor de 9,000 pesos por concepto de subsidios directos por cada uno de ellos. Por su parte, el IMSS ingresa alrededor de 3,100 pesos por cada uno de los derechohabientes³.

Respecto a la infraestructura médica, no ha habido un crecimiento ordenado o directamente proporcional con las necesidades de la población de responsabilidad de cada institución. El financiamiento independiente ha originado que cada institución decida sobre la planeación de su propia infraestructura, sin vincularla necesariamente a las necesidades de su

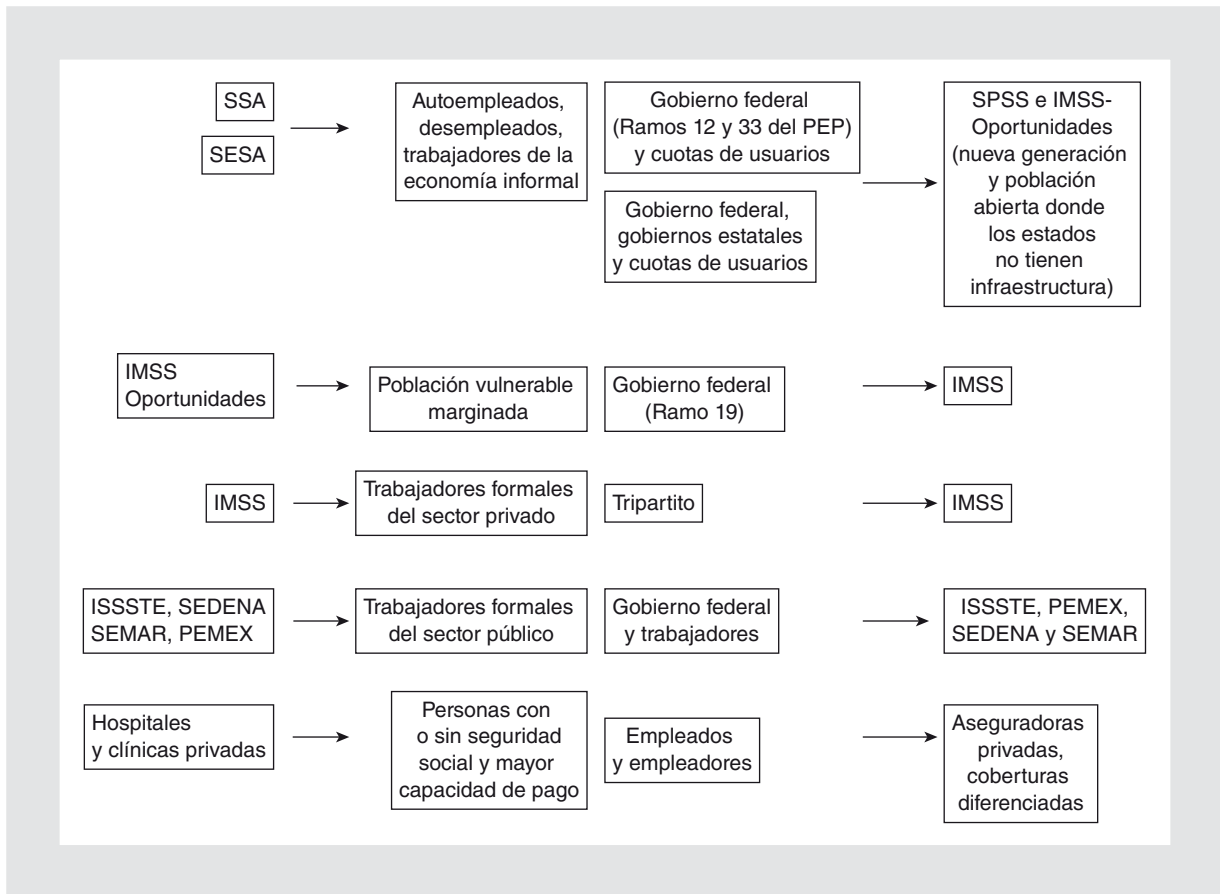


Figura 1. Estructura e inequidades en el financiamiento del SNS. SSA: Secretaría de Salud; SESA: Servicios Estatales de Salud; SPSS: Sistema de Protección Social en Salud; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SEMAR: Secretaría de Marina; PEMEX: Petróleos Mexicanos; PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado; Tripartito: gobierno federal patronos y trabajadores (adaptado de Gómez-Dantés, et al. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex. 2011;53 Suppl 2:220-32).

población o a partir de la complejidad de los padecimientos que son atendidos.

Las cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), respecto al número de camas, muestran que México cuenta con 1.7 camas/1,000 habitantes. El promedio de los países de la OCDE es de 5.5 camas⁴.

México, con relación al número de médicos especialistas y de enfermeras por cada 1,000 habitantes, se encuentra en cifras muy por debajo del promedio de la OCDE. La exigencia de los servicios de salud de nuestras instituciones es muy alta; esto se explica si consideramos únicamente el número de camas/1,000 personas y consideramos que en el IMSS, por ejemplo, se tienen 0.8 camas con relación a las 5.5 del promedio de la OCDE. Por lo tanto, en el IMSS se tiene una cama por cada seis que, en promedio, reporta la OCDE. Y con relación al personal médico sucede lo mismo; la OCDE, en promedio, tiene seis médicos por cada médico que hay en el IMSS. Esto significa que cada

médico del IMSS debe hacer el trabajo de seis médicos de los países analizados en el estudio de la OCDE, lo que ocasiona una intensidad en las cargas de trabajo. Este problema se presenta en mayor o menor grado en todas las instituciones de salud en el país.

Acciones propuestas para la transformación del Sistema Nacional Salud

Es conveniente incluir las acciones necesarias para la transformación del SNS en dos grupos: las acciones internas y las acciones externas. En los últimos años se ha logrado un avance importante en la cobertura de salud, fundamentalmente por la creación del Seguro Popular. Ha habido un crecimiento importante en la cobertura de una población que anteriormente no contaba con ninguna protección. Al respecto, es importante resaltar las diferencias existentes entre el incremento en la cobertura horizontal (por número de

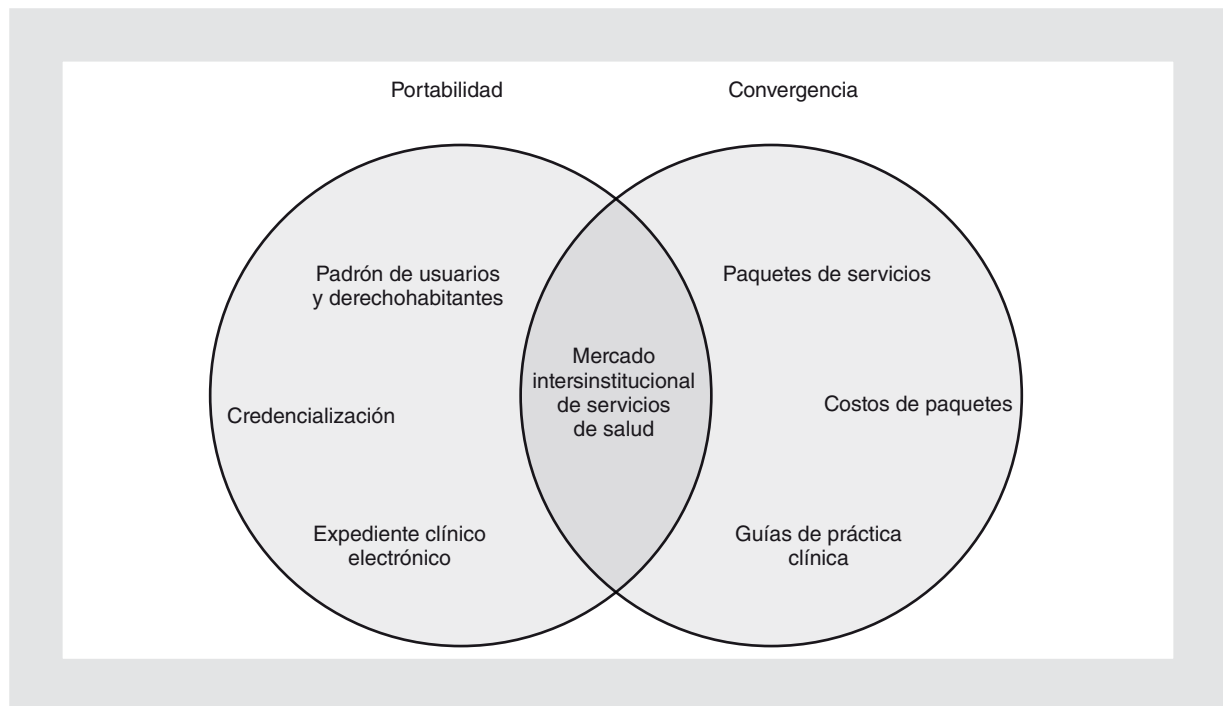


Figura 2. Elementos necesarios para la portabilidad y la convergencia (adaptado de Diálogos sobre políticas de cohesión social entre México y la Unión Europea. Seminarios de Sistemas de Salud, 2010).

asegurados o afiliados) y el incremento en la cobertura vertical (por el número de intervenciones en salud). El Seguro Popular ha incrementado considerablemente su cobertura horizontal, sin embargo no ha logrado avances equiparables respecto a las otras instituciones en las que se cubre prácticamente cualquier padecimiento.

Aunado a lo anterior, se ha logrado avanzar en la integración parcial del sistema y en los preceptos fundamentales para su integración total. Con la integración parcial se pretende eficientar los recursos con los que cuentan las instituciones; ampliar la cobertura médica y reducir los costos de las intervenciones en salud de aquellas instituciones con insuficiencia presupuestal que contratan servicios médicos en el medio privado a mayores costos.

Para ello, se ha trabajado en dos convenios que han sido, hasta el momento, exitosos:

- El Convenio General de Colaboración en Materia de Emergencia Obstétrica, firmado en mayo de 2009 y mediante el cual se homologaron los servicios a intercambiar y acordaron tarifas de referencia de 27 intervenciones: 23 para la atención materna y 4 para la atención del recién nacido.
- El Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las instituciones del Sector Salud, firmado en febrero de 2011, y en

el que se han homologado también los servicios a ser intercambiados y acordado tarifas de referencia para 489 intervenciones hasta este momento: 376 de alta especialidad y 113 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Todas las tarifas de referencia se establecieron a través de las cédulas medicoeconómicas (CME), que en la parte hospitalaria provienen de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y en la parte ambulatoria de los grupos relacionados con la atención ambulatoria (GRAA), ambas diseñadas en el IMSS.

Por otra parte, la integración total se refiere a la posibilidad de que un derechohabiente de determinada institución pueda acudir a otra institución para ser atendido, ya sea por elección propia o por una necesidad de recibir el servicio donde sí exista la infraestructura necesaria.

En los procesos de integración total existen dos componentes generales que son la portabilidad y la convergencia. En cada uno de ellos existen elementos fundamentales (Fig. 2).

Para poder llevar a cabo la portabilidad es indispensable contar con un padrón de usuarios y derechohabientes.

Un padrón único universal de derechohabientes y usuarios del SNS debe ser capaz de mostrar la cifra

real de derechohabientes con la que cuenta cada institución. Si una institución carece de un padrón único y completo, difícilmente podrá realizar un cálculo real de su infraestructura, de sus necesidades de consumo y de todo aquello que requiere para dar una atención integral a su población objetivo.

Actualmente cada institución cuenta con un padrón propio de beneficiarios con cifras muy heterogéneas. Para conformar un padrón general de salud se requiere que todos los usuarios del sistema de salud cuenten con el número de clave única de registro de población (CURP), el cual pueda ser registrado dentro de su propia aseguradora.

Para el año 2011 en el IMSS había un avance, con relación al universo estimado, de 75% de los derechohabientes del régimen ordinario con CURP. En el régimen de IMSS-Oportunidades, con los datos del último censo, se tiene una población de 12.5 millones de personas con nombre, apellido y con CURP.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene un registro del 64.6% de sus derechohabientes con CURP, y en el Seguro Popular el 90% de sus afiliados cuentan con la CURP⁵. Este proceso requiere finalmente una validación permanente del Registro Nacional de Población (RENAPO).

Otro de los elementos de la portabilidad es el tema de credencialización. La credencial única y universal de servicios de salud debe identificar a los usuarios del SNS a través de sus componentes biométricos. Con las nuevas tecnologías existe la posibilidad de capturar el dato biométrico y transmitirlo a través de sistemas de identificación a todo el SNS.

Este sistema de credencialización se desarrolla en coordinación con el RENAPO y contiene elementos de alta seguridad y tecnología biométrica para la identificación del derechohabiente y de cada uno de sus beneficiarios. En el IMSS se cuenta con 19 millones de credenciales, lo que equivale al 48% de la población usuaria y al 36% de la derechohabiencia total adscrita a medicina familiar⁶.

La Secretaría de Salud ha iniciado también este proceso de credencialización biométrica para las personas con discapacidad. En el primer semestre del año pasado se tuvo un registro de 11,772 credenciales.

El ISSSTE se encuentra prácticamente en el 50% de la etapa de diseño de su programa de enrolamiento y credencialización.

Otro de los temas de portabilidad es el expediente clínico electrónico (ECE). Para que una institución pueda atender a un derechohabiente de otra institución adecuadamente, necesita contar con toda su información

clínica. Para ello, es indispensable que todas las instituciones desarrollen sus propios expedientes clínicos electrónicos en la búsqueda de un solo expediente común para todo el sistema. Como avance de este tema, la Secretaría de Salud emitió la Norma Oficial Mexicana para el expediente clínico electrónico, que considera las características mínimas de información y las necesidades de interconexión. Todas las instituciones de salud, a excepción del IMSS, se encuentran en este momento en la fase de desarrollo de sus expedientes.

El IMSS concluyó la fase de desarrollo del nuevo expediente, y en el mes de marzo inició con el despliegue del mismo en todo el país. En un futuro próximo esta herramienta permitirá que todas las instituciones de salud estén interconectadas entre sí, a fin de compartir entre todas las instituciones la información de los ECE de sus derechohabientes o afiliados.

Sobre el tema de convergencia, debemos considerar las intervenciones propias de cada institución que deben ser reconocidas para la atención de sus derechohabientes en otras instituciones.

Cada institución cuenta con paquetes de servicios diferentes, a fin de tener la posibilidad de prestar estos servicios; se debe llegar a paquetes acordados de atención para que los derechohabientes puedan ser atendidos en otras instituciones.

La institución que prestará el servicio deberá tener conocimiento sobre los paquetes que tiene la otra institución, a fin de recibir los ingresos derivados de los costos del intercambio de servicios.

Si bien, se aspira a que en el largo plazo el SNS esté caracterizado por nuevas reglas de financiamiento, con una mayor equidad en paquetes de servicios y con un posible asegurador único que pague por estos servicios a prestadores públicos o privados; en el corto plazo, se pretende que cada asegurador cumpla con los gastos de sus derechohabientes o usuarios solo con los paquetes de servicios actualmente aprobados y reconocidos.

Se debe considerar que es muy difícil contar con un intercambio de servicios de salud sin el conocimiento a detalle del costo de los procedimientos de salud. Conocer el costo de los elementos que intervienen en la atención a la salud es una tarea complicada que requiere que todas las instituciones adquieran los conocimientos necesarios para desarrollar un modelo ideal de costeo.

En el IMSS prácticamente se ha concluido el costeo de todos los procedimientos médicos y quirúrgicos. La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima

revisión (CIE-10)⁷ está costeadada con base en la CME, herramienta de trabajo para conocer con detalle todos los consumibles que se requieren para la atención de un diagnóstico y para conocer todas las intervenciones del personal que participa en la atención.

La CME nos permite tener los costos para determinar el producto hospitalario por GRD, y el producto ambulatorio por GRAA.

Las guías de práctica clínica (GPC) también son importantes para establecer un sistema de intercambio de servicios donde se exija que todas las instituciones ofrezcan el mismo nivel de calidad y de eficiencia en el tratamiento de cada padecimiento. Hasta el momento, en el IMSS se han desarrollado 422 GPC que están incluidas en el catálogo maestro. Otras GPC también se han desarrollado y están en proceso de aceptación para su incorporación al catálogo maestro. El desarrollo de estas herramientas permitirá a las instituciones contar con una base sólida sobre los padecimientos más frecuentes, y con ello contar con una guía de calidad y un costeo adecuado para tener una tarifa de referencia para el intercambio de servicios.

Asimismo, cuando una institución pretende incorporarse hacia la integración del SNS utilizando las herramientas de portabilidad y convergencia, debe organizar su estructura interna para tener vinculación con los elementos que mencionamos previamente. Por ello, dentro del IMSS se llevó a cabo un proceso de reestructuración de sus 35 jefaturas de servicios de prestaciones médicas (JSPM) a fin de mejorar la calidad de los servicios e incrementar la eficiencia operativa de sus unidades médicas de primero y de segundo nivel, así como modernizar la supervisión integral de los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación.

De igual manera, el Instituto ha estado desarrollando las áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD). En una AMGD se integran funcional y programáticamente todos los recursos médicos y presupuestales a fin de dar respuesta congruente a las necesidades de salud y demandas de atención de la población. Es un esquema que pretende avanzar hacia un sistema de autonomía de gestión en el cual las empresas, las aseguradoras y las instituciones comprenden servicios de salud a estas áreas médicas, las cuales están a su vez vinculadas con las unidades médicas de alta especialidad (UMAE) a través de los GRD/GRAA o de pagos prospectivos por padecimiento.

Por su parte, los GRD son una herramienta reconocida en muchos países del mundo y se utiliza frecuentemente para intercambiar recursos por servicios y

para medir la gestión hospitalaria, calidad y eficiencia de las instituciones que prestan los servicios de salud. Por ejemplo, el GRD 684, Insuficiencia renal sin complicaciones ni comorbilidades, ha sido calculado para 11 hospitales de especialidades en el IMSS, presentando variaciones importantes en los días/paciente: 49 días en el hospital de especialidad (HES) de Mérida y 1,212 días en Veracruz. Misma variación se presenta con la letalidad, de un 1.6% en el HES de Torreón y hasta un 8.2% en el HES de Mérida.

Con estos datos se otorga información a los directivos de las unidades médicas para que realicen medidas de mejora de sus procesos de gestión de padecimientos y así disminuir, tanto los promedios de días/paciente que evidencian una calidad inadecuada en la atención, como la letalidad.

También los GRD ayudan a realizar costeos claros y comparativos de un mismo padecimiento en diferentes tipos de unidades médicas. Por ejemplo, el GRD 343, Apendicetomía sin diagnóstico principal complicado, resulta más costosa su atención en el segundo nivel que en el tercer nivel; mientras que el costo del GRD 766, Cesárea sin complicaciones, es superior en el tercer nivel que en el segundo nivel.

Es indispensable para la reforma del SNS contar con un sistema de evaluación del desempeño que le permita al comprador de servicios tener claridad de que lo que está comprando con base en los criterios de eficiencia, oportunidad y calidad esperados.

Lo anteriormente expuesto se divide en dos discernimientos: el primero corresponde a una evaluación de eficiencia, a través de una serie de indicadores de productividad y calidad, tales como el número de consultas preventivas o el número de intervenciones durante el control del embarazo, es decir, todos aquellos indicadores que puedan medir los servicios de salud.

El segundo corresponde a la posibilidad de realizar mediciones de satisfacción. La última encuesta de satisfacción de derechohabientes que se realizó en el Instituto, bajo los criterios de Transparencia Mexicana⁸, arrojó que el 81% de las personas que fueron entrevistadas al salir de una UMAE se encontraban muy satisfechas o satisfechas con la atención que recibieron.

Finalmente, estos elementos nos inducen a la correcta aplicación de los recursos de las instituciones de salud, con base en la medición de la productividad, eficiencia, calidad y satisfacción de los derechohabientes.

La transformación de los sistemas de salud debe ser independiente del esquema de aseguramiento y de las

reglas de integración que se establezcan, para atender eficientemente la problemática de salud que se presenta cotidianamente.

Los cambios epidemiológicos obligan a que las instituciones cambien constantemente sus estructuras y sus modelos de atención con el fin de abordar de mejor manera las problemáticas que se presenten.

Al respecto, se pueden establecer estrategias preventivas y curativas o de apoyo para fortalecer los procesos. Dentro de los programas que se han desarrollado en los últimos años dentro del IMSS resalta PrevenIMSS, programa desarrollado a principios de la década pasada integrado por cinco paquetes de salud diferentes de acuerdo con la edad y sexo de la población:

- Niños de 0-9 años.
- Adolescentes de 10-19 años.
- Mujeres de 20-59 años.
- Hombres de 20-59 años.
- Adultos mayores de 59 años.

En 2006 se otorgaron 8 millones de consultas, y para 2011 este número se incrementó a 23 millones. En este sentido, se ha llevado a cabo un gran esfuerzo por privilegiar la prevención y dirigir los recursos a fin de garantizar la salud de los derechohabientes y así contribuir a la viabilidad financiera de las instituciones.

Como parte de este programa preventivo, se realiza periódicamente una comparación entre las atenciones preventivas y las atenciones curativas. En 2006 se otorgaron 8.6 atenciones curativas por cada atención preventiva, mientras que en 2011 se otorgaron 3.5 atenciones curativas por cada una de las consultas preventivas. La meta es conseguir lo más pronto posible el esquema 1 a 1.

Por grupos de edad, el 84.9% de los niños acuden una vez al año a PrevenIMSS, mientras que el grupo que acude con menor frecuencia es el del adulto mayor, ya que tan solo el 52.4% acude a PrevenIMSS.

Para aumentar esta cifra, el Instituto realiza un gran esfuerzo mediante la implementación de diferentes programas, como el de la visita de comprobación de supervivencia, para motivar que el adulto mayor acuda a las unidades médicas.

Dentro de las estrategias curativas el Instituto implementó el programa DiabetIMSS, enfocado en la prevención secundaria del paciente diabético. De los 4 millones de pacientes diabéticos registrados en el IMSS, un millón y medio pueden ser candidatos a atenderse a través de DiabetIMSS, con lo que se pretende evitar las complicaciones derivadas de este padecimiento. El IMSS gasta más de 52 millones de pesos/

día como parte de la atención de estos pacientes, por lo que resulta indispensable contar con esquemas que permitan el control metabólico de los pacientes diabéticos.

El ChiquitIMSS es otro programa preventivo, enfocado en la atención de niños. Con este programa, en los últimos 5 años se ha registrado una disminución en la tendencia de sobrepeso y obesidad en los niños derivado de las intervenciones frecuentes y constantes, tanto en las unidades médicas como en escuelas, situación que ha mejorado las condiciones nutricionales de los niños.

Una de las estrategias implementadas para el fortalecimiento de la infraestructura y con resultados exitosos es la estrategia 6.º y 7.º día, mediante la cual el Instituto ofrece servicios de consulta externa los días sábados y domingos.

La estrategia Hospital sin Ladrillos ha permitido la recuperación de espacios que originalmente estaban destinados para camas de hospital, pero que por diversos motivos han sido utilizados para otras necesidades. Con la transformación de camas de ginecología y pediatría hacia medicina interna, en los últimos años se ha logrado la recuperación de más de 2,500 camas adicionales, equivalente a la construcción de 17 hospitales de 144 camas, con un valor unitario de 750 millones de pesos.

Para finalizar, en la figura 3, se muestra un esquema que permite ordenar por funciones a las instituciones públicas y privadas del SNS, a fin de obtener mejores resultados en la utilización de los recursos que se destinan para lograr que toda la población mexicana reciba servicios médicos con calidad, y basados en un esquema de intercambio de servicios y de costeos reconocido por todas las instituciones de salud.

Es necesario modificar la forma actual del SNS hacia un nuevo esquema de salud pública para toda la población, que a su vez garantice la viabilidad financiera de las instituciones.

Hablando específicamente del IMSS, anualmente se incrementa el costo de la nómina del Instituto asociado a los pagos de servicios de personal y de régimen de jubilaciones y pensiones (RJP). De continuar la tendencia actual, se espera que en pocos años el costo de la nómina se incrementará por encima de los ingresos del Instituto por concepto de cuotas obrero-patronales, situación que pone en riesgo la operación del Instituto.

Por ello, para la integración del sistema es necesario el saneamiento financiero de las instituciones que lo conforman. Sería deseable que el gobierno federal asumiera la carga del pasivo laboral de las instituciones,

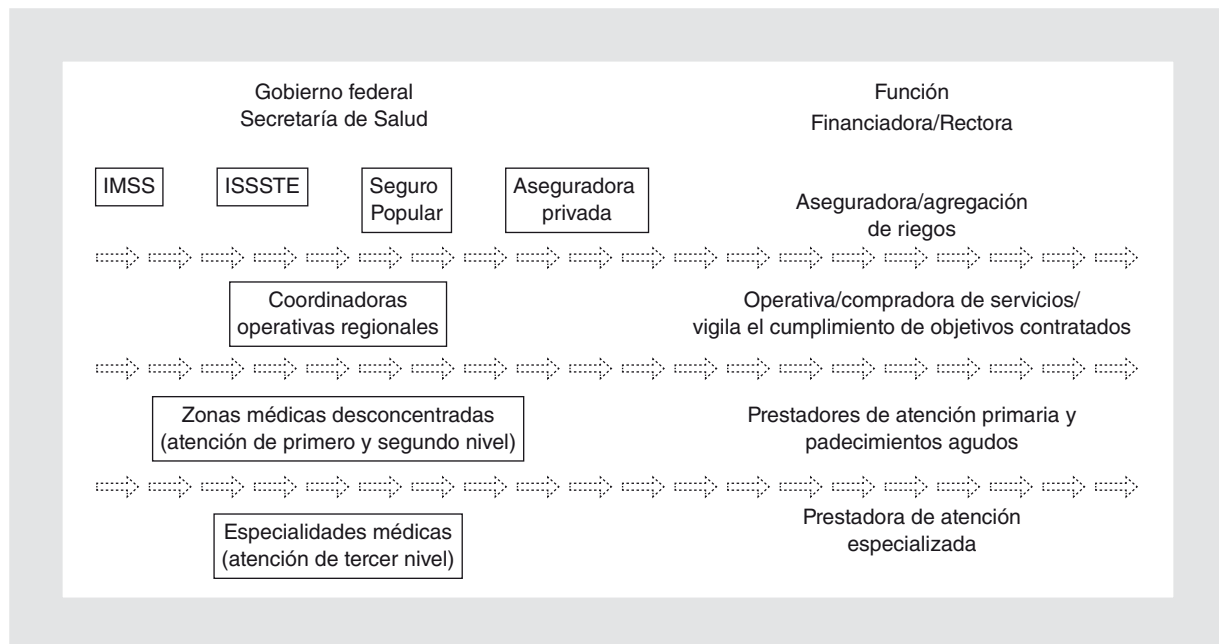


Figura 3. Imagen objetivo de un esquema de aseguramiento público en salud. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (adaptado de Desarrollo propio, IMSS).

a fin de restar el peso del incremento de la nómina y únicamente los ingresos se concentrarían en la prestación de servicios, separando el financiamiento de la atención médica.

Asimismo, se propone legislar la contribución social garantizada para la salud con base en impuestos generales, eliminando la recaudación de cada institución. Dicha situación unificaría financieramente a las instituciones y otorgaría mayores beneficios para los derechohabientes, independientemente de su condición de aseguramiento.

Finalmente, es de vital importancia privilegiar la prevención por encima de la atención, por lo que se propone implantar para toda la población programas exitosos de prevención y atención a la salud, lo cual

es relevante en función de la transición epidemiológica por la que transita la población nacional.

Bibliografía

1. Dirección de Incorporación y Recaudación. IMSS, diciembre 2011.
2. Gasto en salud en México como porcentaje del PIB. OCDE Health Data 2011.
3. Cifra estimada con datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS.
4. OCDE Health Data 2011. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. EUA, 2011.
5. Cifra reportada por las instituciones (ISSSTE-SPSS) al cierre 2011.
6. Coordinación de prestaciones económicas. IMSS, noviembre 2011.
7. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
8. La Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Servicios Médicos del IMSS se integró por 38,081 entrevistas; 20,224 en primer nivel, 10,922 en segundo, y 6,935 en tercero. El levantamiento fue realizado por dos empresas independientes al Instituto, entre el 20 de junio y el 1.º de julio de 2011, teniendo un nivel de confianza del 95%.

Economía de la transformación del sistema de salud

Eduardo González Pier*

Dirección de Finanzas, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Resumen

Las condiciones de salud en México han evolucionado a la par de las condiciones socioeconómicas. Como resultado, la problemática que enfrenta hoy en día el sistema de salud se caracteriza por cuatro transiciones traslapadas: de necesidades, de expectativas, de financiamiento y de recursos para la salud. Estas transiciones generan presiones importantes sobre el sistema. De manera adicional, la fragmentación del sistema de salud genera disparidades en el derecho de acceso a los servicios y problemas en términos de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles. Reflexionar acerca de cómo enfrentar estas fuentes de presión y mejorar las condiciones de equidad en el acceso y eficiencia requiere analizar cómo debiera establecerse el derecho de acceso a nivel constitucional de forma no diferenciada entre grupos de población. Lo anterior como paso previo a la reflexión necesaria respecto a cuáles debieran ser las reglas de financiamiento de la atención médica, el conjunto de intervenciones a cubrir y la organización de los servicios para atender las necesidades de salud de la población.

PALABRAS CLAVE: Economía. Salud. Sistema de salud. Transiciones.

Abstract

Health conditions in Mexico have evolved along with socioeconomic conditions. As a result, today's health system faces several problems characterized by four overlapping transitions: demand, expectations, funding and health resources. These transitions engender significant pressures on the system itself. Additionally, fragmentation of the health system creates disparities in access to services and generates problems in terms of efficiency and use of available resources. To address these complications and to improve equity in access and efficiency, thorough analysis is required in how the right to access health care should be established at a constitutional level without differentiating across population groups. This should be followed by careful discussion about what rules of health care financing should exist, which set of interventions ought to be covered and how services must be organized to meet the health needs of the population.

KEY WORDS: Economics. Health. Health system. Transitions.

Introducción

Las condiciones de salud en México han evolucionado a la par de las condiciones socioeconómicas. Durante los últimos 60 años, la esperanza de vida de la población ha aumentado 29 años, mientras que el ingreso per cápita se incrementó cuatro veces en términos reales¹. Estas evoluciones paralelas explican la

problemática actual del sistema de salud, la cual se caracteriza por cuatro transiciones –que se complementan y retroalimentan entre sí–, que generan presiones importantes sobre el sistema de salud.

Por un lado, el efecto combinado de una transición de necesidades de salud y de una transición de expectativas se traduce en una demanda creciente de servicios de salud cada vez más complejos y costosos. Por otra parte, derivado de la transición en el financiamiento de la salud, el gasto en salud en México ha aumentado de forma importante en relación con nuestra riqueza y en términos per cápita. Sin embargo, aún se sitúa entre los niveles más bajos con respecto

Correspondencia:

*Eduardo González Pier

Instituto Mexicano del Seguro Social

Reforma, 476, 2.º

Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.

E-mail: eduardo.gonzalezp@imss.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 10-10-2012

Fecha de aceptación: 12-10-2012

a los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y la participación del gasto público aún es inferior a lo que sería deseable². Finalmente, la transición de recursos para la salud refleja cómo la respuesta de los países al perfil cambiante de necesidades se traduce no solo en un mayor gasto en salud, sino también en una mayor disponibilidad de recursos clave para asegurar la capacidad de respuesta de la oferta de servicios médicos. En el caso de México, es necesario ampliar esta capacidad de respuesta.

Aunado a estas cuatro transiciones, el marco jurídico constitucional y la consecuente fragmentación institucional del sistema de salud generan disparidades en el derecho de acceso a los servicios y problemas de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles.

La transformación que requiere el sistema de salud para hacer frente a todas estas presiones de cambio es compleja. Por ello, es necesario distinguir los diferentes temas que ameritan análisis y definición, y ordenarlos. Antes de discutir los aspectos relacionados con el financiamiento, las intervenciones médicas por cubrir y la forma deseable de organizar los servicios de salud para atender la demanda creciente de estos, así como las expectativas de la población, es necesario reflexionar en torno al fundamento jurídico del derecho de acceso y analizar opciones a nivel constitucional que permitan que este derecho se establezca de manera indistinta para todos los mexicanos.

El objetivo de este trabajo es, por un lado, describir cómo las cuatro transiciones explican las fuentes de presión que enfrenta el sistema de salud y evidencian una necesidad de cambio. Por otro lado, busca plantear algunas preguntas clave para ordenar la reflexión en torno a cómo debiera transformarse el sistema de salud para responder a estas presiones de cambio.

El documento se conforma por tres secciones. A manera de antecedente, la sección dos aborda la relación bilateral que existe entre salud y desarrollo económico e ilustra la evolución paralela de ambos rubros en México. La sección siguiente describe las cuatro transiciones y sus implicaciones. Por último, la sección cuatro plantea algunas preguntas útiles para orientar la reflexión sobre el futuro del sistema de salud.

Evoluciones paralelas: salud y desarrollo económico en México

En los últimos años se ha generado importante evidencia de la relación bilateral que existe entre el crecimiento económico de un país y la salud de su población.

Un país con un crecimiento sostenido, en el cual se generan empleos e inversión, tiene efectos positivos en la nutrición, la salud y la educación de su población; es decir, la salud de su población mejora en términos generales³. De igual forma, la salud contribuye también al crecimiento económico de largo plazo a través de tres mecanismos⁴:

- Incrementa la productividad laboral de la población adulta y el desarrollo cognitivo de los niños a través de una mejor nutrición.
- Reduce el ausentismo laboral y escolar por enfermedad.
- Genera ahorros financieros derivados de la atención médica de las enfermedades, recursos que pueden ser distribuidos a otras necesidades de la población.

En la figura 1 se muestra la evolución de la esperanza de vida de la población mexicana –como indicador de la salud de la población– y del ingreso per cápita en los últimos 60 años. Durante este periodo, el ingreso per cápita de la población mexicana se incrementó cuatro veces en términos reales, mientras que su esperanza de vida pasó de 47 a 76 años, en promedio, lo que representa un incremento de 62% en los años de vida ganados durante este periodo.

Como resultado de estas evoluciones paralelas, México se encuentra en una situación mejor con respecto al siglo pasado. La mayor riqueza ha permitido invertir más recursos en salud, y se ha reflejado también en el desarrollo de un sistema conformado por múltiples actores públicos y privados. Por otra parte, las necesidades de atención médica de una población más longeva han cambiado y son distintas a las de una población con el perfil demográfico y epidemiológico como el que prevalecía en la década de 1950.

Sin embargo, esto genera a su vez nuevos retos para el sistema de salud. En el siguiente apartado se describen las cuatro transiciones que caracterizan la problemática que enfrenta actualmente el sistema de salud y las presiones que generan. Enfrentar de la mejor manera posible estas presiones de cambio es clave para promover que el círculo virtuoso salud-desarrollo económico siga contribuyendo a mejorar el bienestar de los mexicanos.

Transiciones y sus implicaciones

Transición de necesidades (demográfica y epidemiológica)

La problemática que enfrenta actualmente el sistema de salud en México tiene su origen principal en las

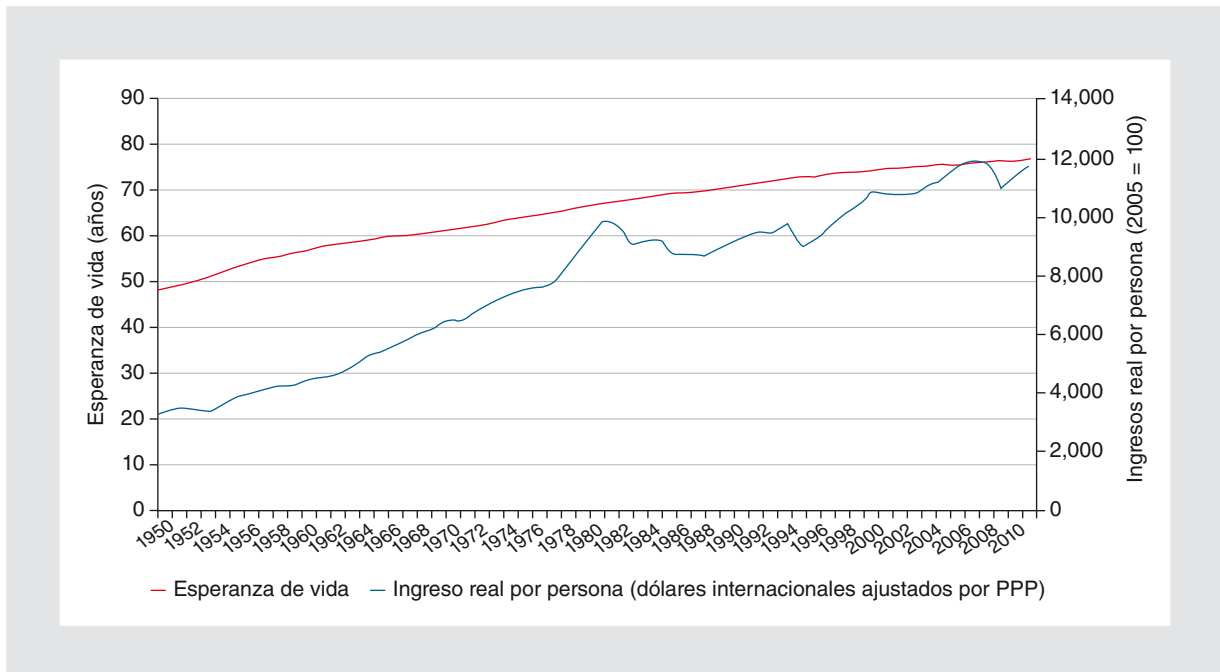


Figura 1. Esperanza de vida e ingreso real por persona en México, 1950-2011 (adaptado de gapminder.org).

transiciones en los ámbitos demográfico y epidemiológico. Ambas transiciones han generado un incremento importante en la demanda de servicios de salud cada vez más complejos y costosos⁵. La mayor esperanza de vida combinada con la creciente prevalencia de enfermedades cronicodegenerativas entre la población –como diabetes y enfermedades cardiovasculares– es el resultado de una población que vive más años pero que también pasa más tiempo enferma o en discapacidad.

En la figura 2 se observa que, en los últimos 60 años, la tasa de fecundidad disminuyó 67%, al pasar de 6.6 niños por mujer en 1950 a 2.16 en 2009. A su vez, la esperanza de vida de la población en general aumentó 57%, al pasar de 48.6 años en 1950 a 76.5 años en 2009. La combinación de mayor longevidad y menor fecundidad ha desencadenado la transición demográfica que inicia en la década de 1970, cuando la tasa de remplazo de la población comienza a caer por debajo de la esperanza de vida. Como resultado, la población mexicana está envejeciendo. Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que, para 2020, el 13% de la población tendrá 60 años o más, y que dicho porcentaje alcanzará 28% de la población total en 2050⁶.

Durante la década de 1970, comienza a presentarse también otro fenómeno: la transición epidemiológica. En la figura 3 se observa cómo en estos años la contribución

de las enfermedades transmisibles a la mortalidad general empieza a descender por debajo de la contribución de las enfermedades no transmisibles. Mientras en 1955 las enfermedades transmisibles fueron responsables del 70% de todas las muertes en el país, en 2005 contribuyeron con tan solo el 12%, siendo las enfermedades no transmisibles la principal causa de muerte en México (80%).

En gran medida, la reducción en la mortalidad por enfermedades transmisibles es el resultado de los programas efectivos de inmunización que comenzaron a instrumentarse desde la década de 1950, así como de la provisión de servicios básicos como agua potable y alcantarillado.

El incremento en la esperanza de vida, aunado a cambios importantes en los estilos de vida asociados a la urbanización y el consecuente aumento en la prevalencia de factores de riesgo (como el sedentarismo, una mala nutrición, tabaquismo, etc.), conlleva una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles. Como resultado, estas enfermedades –que generan no solo muerte, sino también una carga de la enfermedad importante reflejada en el número de años de vida saludables perdidos– han cobrado mayor relevancia.

De acuerdo con un estudio que presenta resultados de la medición de la mortalidad y morbilidad por grupo de enfermedad o lesión en 2004, las principales

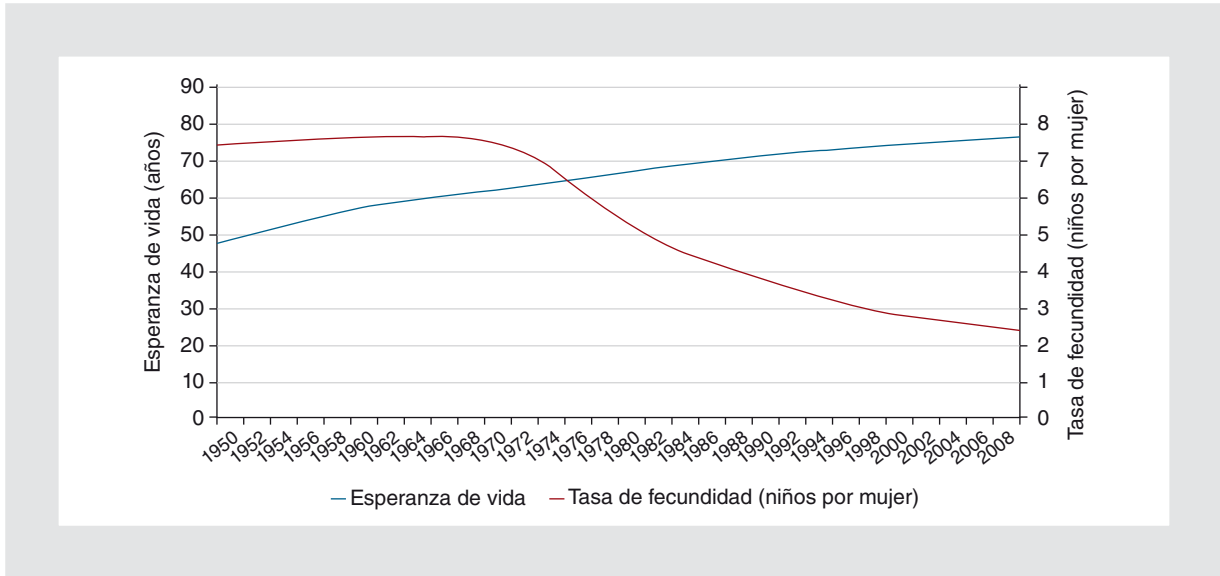


Figura 2. Esperanza de vida y tasa de fecundidad en México, 1950-2009 (adaptado de www.gapminder.com).

causas de mortalidad entre la población mexicana – enfermedades cardiovasculares y diabetes *mellitus*– no son necesariamente aquellas que generan mayor discapacidad⁷. En la tabla 1 se observa que el mayor número de años de vida saludable perdidos corresponde a la depresión unipolar severa, los accidentes de tráfico, y la asfixia y traumatismos de nacimiento, por mencionar algunos ejemplos. Esto implica que, si bien el sistema de salud debe orientarse a implementar políticas públicas para reducir la prevalencia de las

enfermedades crónicas no transmisibles que causan más muertes entre la población en México, no deben perderse de vista aquellas enfermedades, factores de riesgo y lesiones que mantienen a la población discapacitada e improductiva, representando una carga financiera importante para sus familias y para el país.

En suma, la población mexicana ha pasado de ser una población joven con un perfil epidemiológico caracterizado por una mayor prevalencia de enfermedades transmisibles y con una esperanza de vida

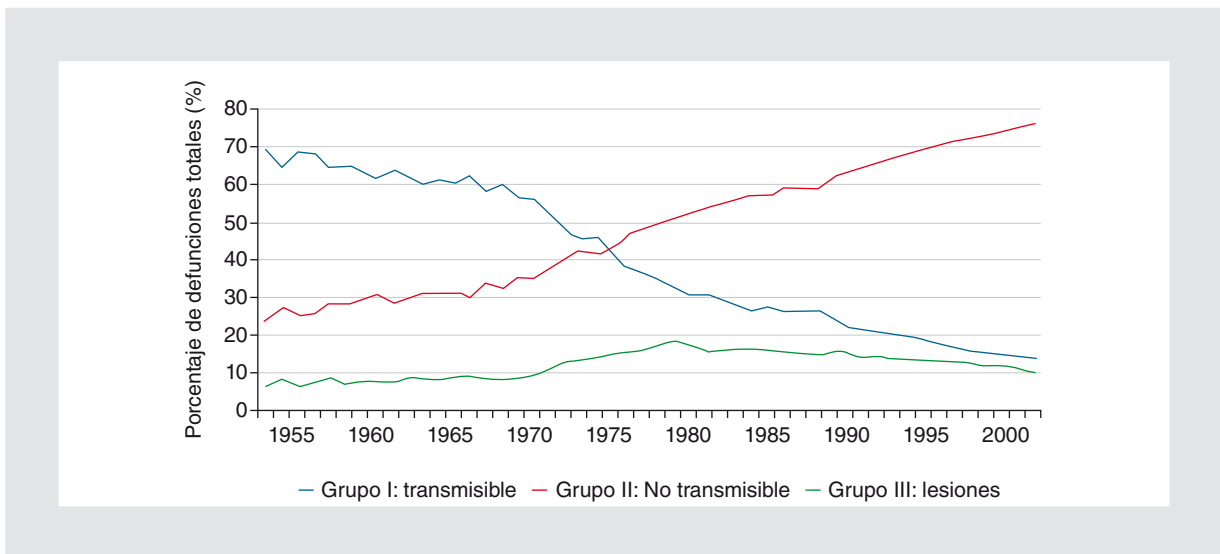


Figura 3. Contribución de los distintos grupos de enfermedad a la mortalidad general, 1960-2005 (adaptado de González Pier, et al., 2007).

Tabla 1. Causas principales de mortalidad y morbilidad por grupo de enfermedad o lesión, 2004

Mortalidad	%	Años de vida ajustados por discapacidad	%
Enfermedades isquémicas del corazón	13.3	Depresión unipolar severa	6.4
Diabetes <i>mellitus</i>	9.9	Accidentes de tráfico	4.6
Enfermedad cerebrovascular	6.1	Asfixia y traumatismos de nacimiento	4.2
Cirrosis hepática	6.1	Diabetes <i>mellitus</i>	3.6
Accidentes de trabajo	4.4	Enfermedades isquémicas del corazón	3.2
EPOC	4.0	Cirrosis hepática	3.1
Infecciones de las vías inferiores de respiración	3.6	Violencia	2.9
Enfermedad cardíaca hipertensiva	3.3	Asma	2.5
Asfixia y traumatismo al nacimiento	2.9	Alcoholismo	2.5
Nefritis y nefrosis	2.7	Esquizofrenia	2.1
Violencia	2.2	Enfermedad cerebrovascular	2.1
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmonares	1.6	Malformaciones congénitas del corazón	2.1

Adaptado de González Pier, et al.⁷.

relativamente baja –comparada con la esperanza de vida de los países desarrollados–, a una población en un proceso de envejecimiento, que presenta altas tasas de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes y enfermedades cardiovasculares, y una esperanza de vida de poco más de 75 años.

Estos cambios generan presiones sobre el sistema de salud, algunas de ellas inéditas. En particular, se enfrenta una mayor demanda de servicios de salud cada vez más complejos y, por ende, más costosos que los asociados a las infecciones comunes y problemas de salud reproductiva⁵.

Transición de expectativas

Durante el siglo XX se dieron pasos muy importantes en la evolución de la práctica médica tanto a nivel mundial como en México. En particular, la disponibilidad de nuevas tecnologías ha modificado de forma importante los alcances de la medicina en la prevención y atención de enfermedades. Esto se traduce en mayores posibilidades de enfrentar las nuevas necesidades de salud, aunque al mismo tiempo se traduce también en mayores costos de la atención médica. Además, el mayor nivel educativo de la población ha generado una mayor capacidad de interacción con los prestadores de servicios médicos.

En la figura 4 se presentan –a manera de ilustración y de forma no exhaustiva– algunos hitos importantes en la introducción de nuevas tecnologías. En la primera mitad del siglo pasado se introdujeron nuevos medicamentos que han sido clave para reducir la mortalidad de enfermedades transmisibles. Destacan la introducción de antibióticos, como las sulfonamidas y la penicilina, los cuales contribuyeron a reducir la mortalidad por infecciones entre la población, y la introducción de la vacuna contra la polio. Asimismo, la introducción de la insulina en la década de 1920 fue una aportación muy importante, y que persiste hasta la actualidad, para coadyuvar a mejorar la salud de la población con diabetes *mellitus* tipo I o los casos más avanzados del tipo II.

Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX se observa una acelerada introducción de nuevas tecnologías (incluyendo tanto medicamentos como procedimientos médicos y quirúrgicos) que han cambiado las expectativas de sobrevivencia para muchos pacientes con enfermedades no transmisibles. Entre estas destacan las tecnologías orientadas al tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares (ECV). Por ejemplo, la introducción del *bypass* coronario a mediados de la década de 1960 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); la autorización de la primer estatina (lovastatina) en 1987 por la *Food and Drug Administration* (FDA) de EE.UU.; el primer

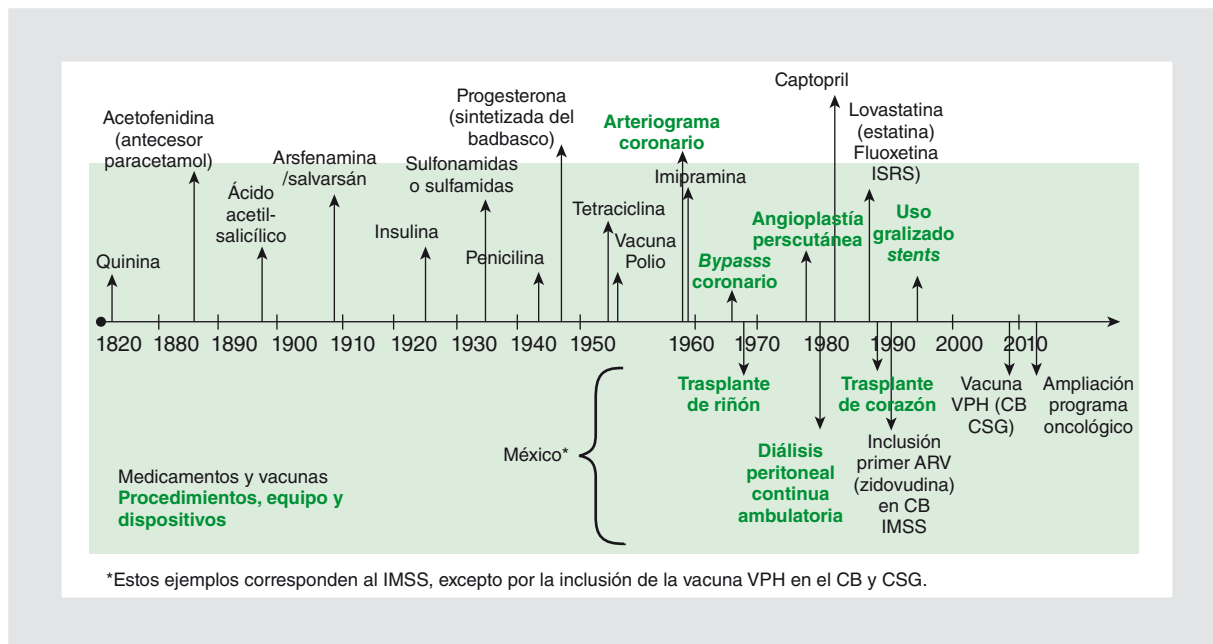


Figura 4. Evolución de las tecnologías de salud en México, 1950-2011. ISRS: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; VPH: virus del papiloma humano; CB: cuadro básico; CSG: Consejo de Salubridad General; ARV: antirretroviral (adaptado de elaboración propia con información de diversas fuentes).

trasplante de corazón en el IMSS en 1988, y el uso generalizado de *stents* a mediados de la década de 1990. Estas tecnologías han coadyuvado a reducir la mortalidad por ECV y a mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial. Finalmente, destaca también la inclusión del primer medicamento antirretroviral (zidovudina) en el cuadro básico del IMSS en 1990.

Entre las aportaciones tecnológicas en lo que va de este siglo se puede mencionar la inclusión de la vacuna contra el virus del papiloma humano al esquema nacional de vacunación en 2009, así como la ampliación del programa oncológico del IMSS a través de la introducción de nuevos medicamentos biotecnológicos al cuadro básico institucional (2011).

Al mismo tiempo, la población mexicana es más educada y tiene mayor acceso a muchas más fuentes de información. De esta manera, tiene mayor conocimiento sobre las nuevas tecnologías disponibles, así como mayor información respecto a sus derechos y, por lo tanto, mayor capacidad de interacción con los prestadores de servicios médicos. La combinación de ambos elementos se traduce en una mayor expectativa de la sociedad respecto a la factibilidad de atender sus necesidades de salud. Esto genera una fuente de presión adicional para el sistema de salud.

Transición de financiamiento

La tercera transición se refiere a la evolución en el financiamiento de la salud. Conforme aumenta el nivel de desarrollo económico de un país, suele aumentar el porcentaje de la riqueza que canaliza al sistema de salud³.

En el caso de México, si bien el gasto en salud ha aumentado de forma importante en los últimos años, aún se sitúa entre los niveles más bajos con respecto a los demás países de la OCDE. En la figura 5 se observa que en México el gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en 2010 fue 6.1%, mientras que el promedio de los países de la OCDE se sitúa en alrededor del 10%.

Otra forma de analizar el nivel de inversión en salud es en términos per cápita. En la figura 6 se presenta un comparativo del gasto en salud per cápita entre los países de la OCDE. México es el país con menor gasto per cápita, tan solo por arriba de Turquía, mientras que el gasto en salud per cápita promedio para los demás países de la OCDE oscila en US\$ 3,000 *Purchasing Power Parity* (PPP), México gasta US\$ 934 per cápita. Esta brecha refleja en parte la diversidad en la estructura de los sistemas de salud.

La figura 7 ilustra las variaciones en la composición de las fuentes de financiamiento de los sistemas de

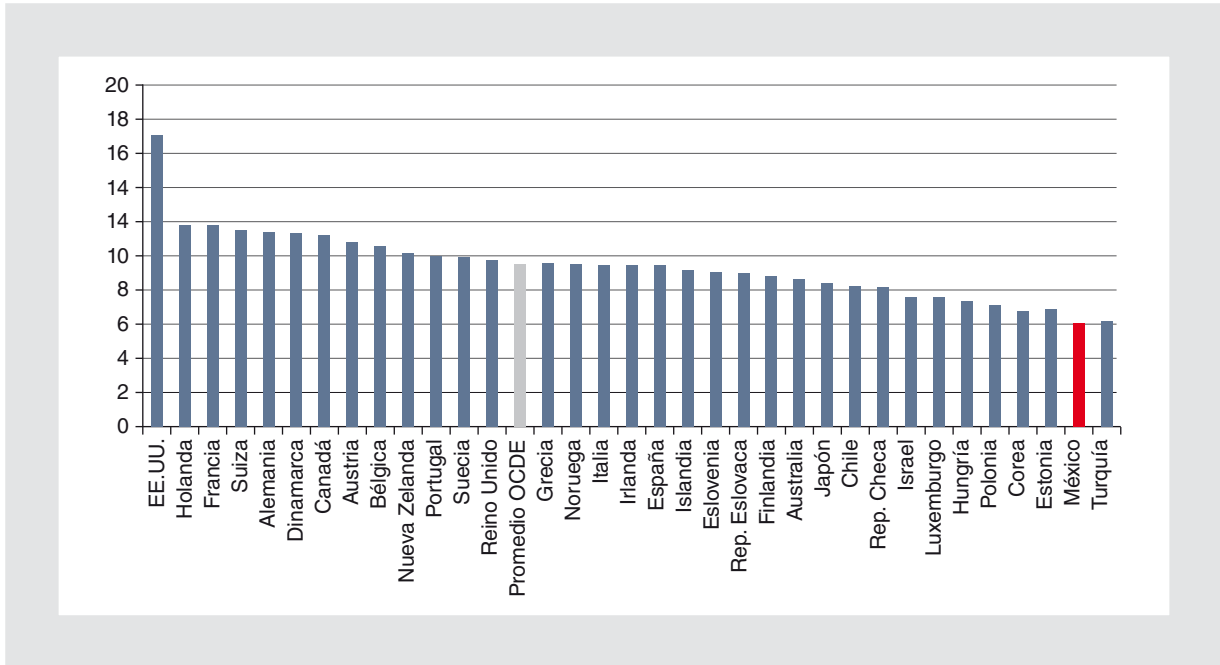


Figura 5. Gasto en salud como porcentaje del PIB. Año más reciente disponible entre 2008-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2010 (adaptado de OECD, Health Data, 2011).

salud entre países. Lo relevante, en este caso, es que México no solo destina aún un porcentaje relativamente bajo de su riqueza a la salud, sino que, a diferencia de varios países de la OCDE, una parte importante del gasto en salud sigue siendo financiada

a través del gasto privado de los hogares, y en particular a través del gasto de bolsillo. La alta prevalencia del gasto de bolsillo genera una serie de problemas en términos de equidad y eficiencia en el financiamiento de la salud.

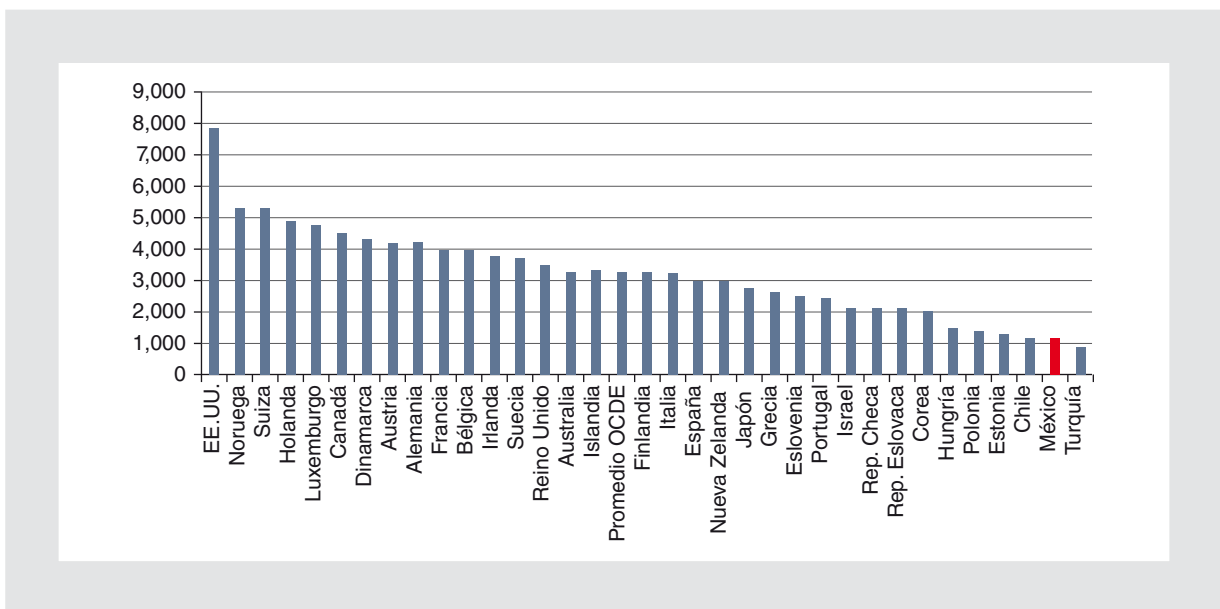


Figura 6. Gasto en salud per cápita (dólares PPP). Año más reciente disponible entre 2007-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2010. Dólar expresados en términos de PPP (poder de paridad de compra) (adaptado de OECD, Health Data, 2011).

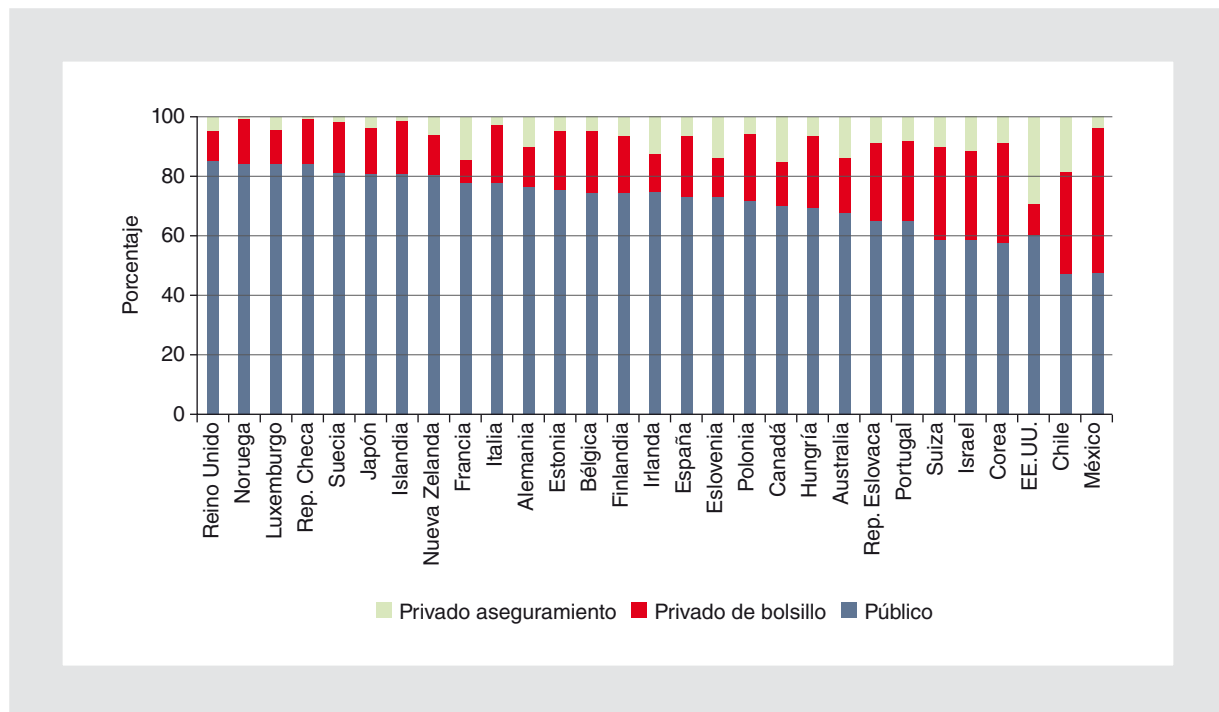


Figura 7. Composición del gasto en salud por fuente de financiamiento. Año más reciente disponible entre 2008-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2010. Se excluyen países para los que no hay información reciente desagregada por tipo de gasto privado (adaptado de OECD. Health data, 2011).

En suma, México se enfrenta al reto de aumentar el nivel del gasto en salud en concordancia con su nivel de desarrollo económico y de las nuevas necesidades de salud de su población, así como de privilegiar una mayor participación del gasto público en salud.

Transición de recursos para la salud

La cuarta transición se refiere a cómo la respuesta de los países al cambiante perfil de necesidades se traduce no solo en un mayor gasto en salud, sino también en una mayor disponibilidad de recursos clave para asegurar la capacidad de respuesta de la oferta de servicios médicos.

En la figura 8 se presenta el comparativo entre países de la OCDE de la disponibilidad de recursos humanos y físicos⁸. En la parte a) de la figura 8 se muestra el número de médicos por cada 1,000 habitantes. Mientras en México hay dos médicos por cada 1,000 habitantes, para el resto de los países de la OCDE esta cifra es en promedio igual a tres médicos por cada 1,000 habitantes. Por otra parte, en la parte b) de la misma figura se observa que México ocupa el último lugar en cuanto al número de enfermeras

por cada 1,000 habitantes. México cuenta con 2.5 enfermeras por cada 1,000 habitantes, mientras que los países de la OCDE cuentan en promedio con 9.4 enfermeras por cada 1,000 habitantes. Ambos indicadores evidencian el rezago importante en México en la generación de recursos humanos para atender las necesidades de salud de la población.

En las partes c) y d) del panel se presenta información sobre el número de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes y el número de mastógrafos por millón de habitantes. Ambos indicadores sirven como aproximación de la disponibilidad de recursos físicos disponibles para otorgar atención médica a los pacientes que lo requieran. De igual forma, México se encuentra por debajo del promedio OCDE en ambos indicadores. Respecto al número de camas por cada 1,000 habitantes, México ocupa el último lugar de los países de la OCDE con 1.7 camas, mientras que el promedio OCDE es de 5.1 camas. Esta brecha en los recursos disponibles para brindar servicios de salud entre México y el resto de los países de la OCDE se observa de igual forma en el número de mastógrafos. México cuenta con 6.7 mastógrafos por millón de habitantes, mientras que el promedio OCDE es de 23.6 mastógrafos.

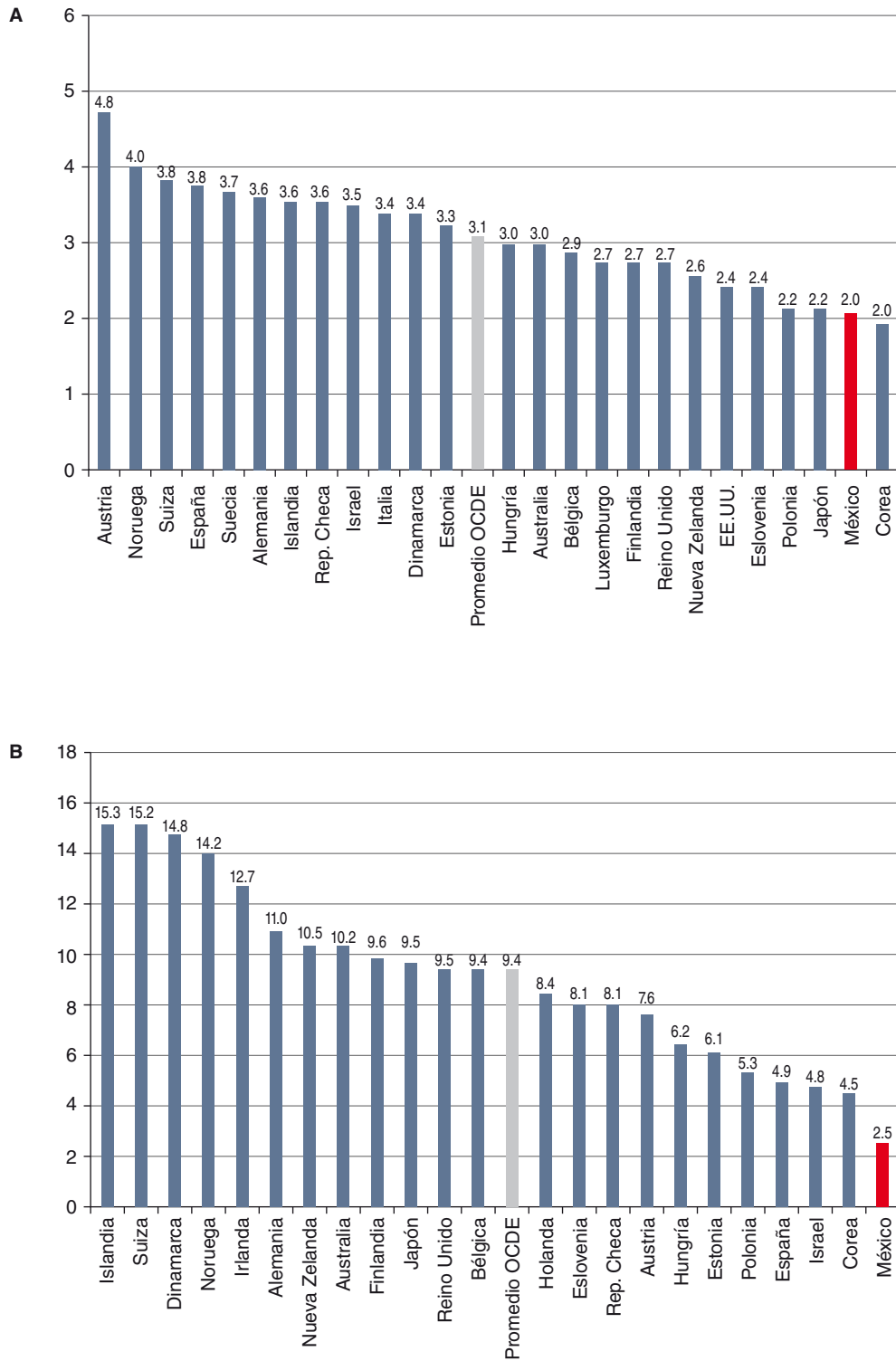


Figura 8. A: Médicos por 1,000 habitantes. B: Enfermeras por 1,000 habitantes. Transición de recursos para la salud. Año más reciente disponible entre 2007-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2009 (adaptado de OECD. Health Data, 2011)

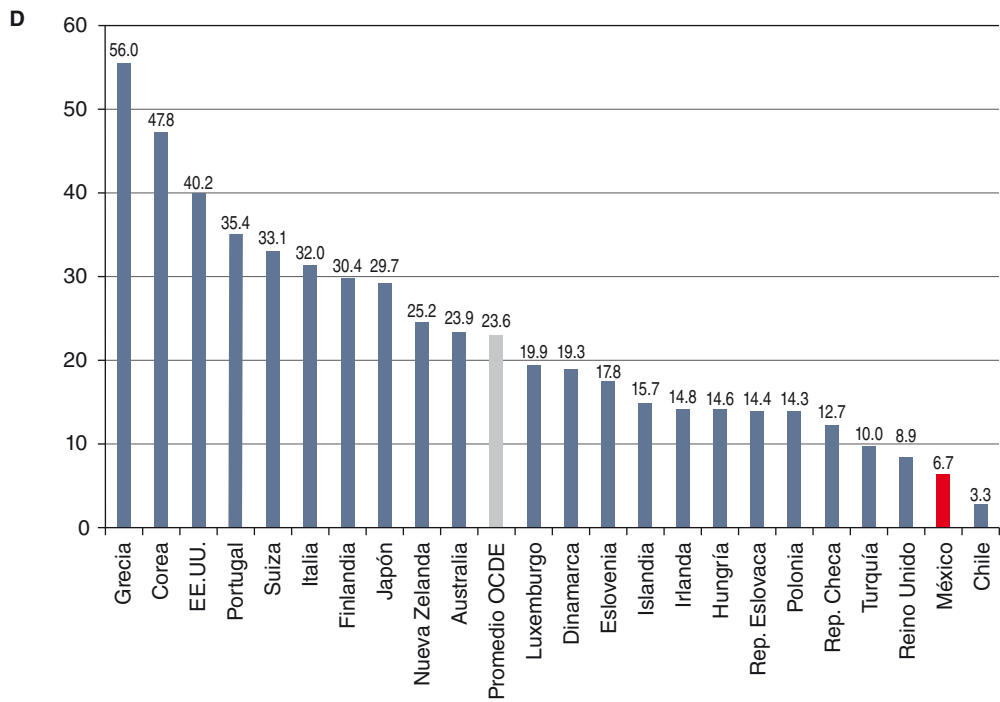
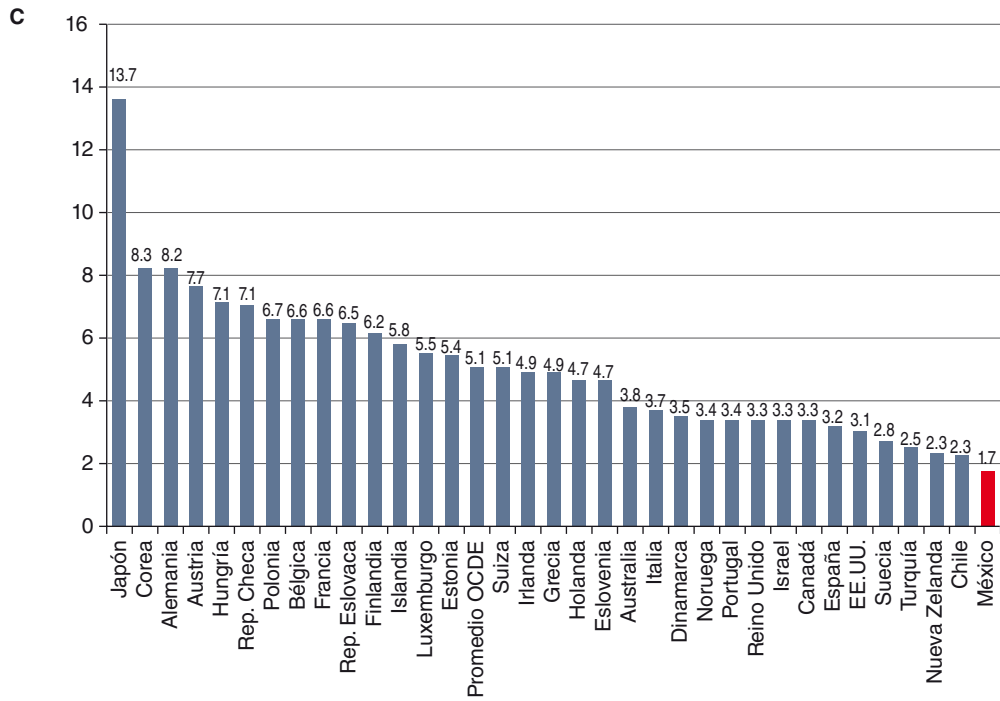


Figura 8. C: camas por 1,000 habitantes. **D:** Mastógrafos por millón de habitantes. Transición de recursos para la salud. Año más reciente disponible entre 2007-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2009 (adaptado de OECD. Health Data, 2011).

Reflexiones para la transformación

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁹. Por ello, el acceso a los servicios básicos de salud ha sido considerado un derecho fundamental de las personas¹⁰. En México este derecho se define a nivel constitucional en el artículo cuarto como el derecho a la protección de la salud, y en el artículo 123, que establece el acceso a servicios médicos como parte de los derechos laborales que se brindan a través de la seguridad social.

En México, en los últimos años se han llevado a cabo esfuerzos importantes para garantizar el derecho de acceso a los servicios básicos de salud de la población sin importar su condición laboral. Un ejemplo de ello es la reforma a la Ley General de Salud de 2003, que crea el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo se conoce como Seguro Popular⁵. Sin embargo, persisten las disparidades en el derecho de acceso a los servicios y la fragmentación institucional que conlleva una serie de problemas en términos de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles.

En este contexto es necesario reflexionar sobre la manera en que debe transformarse el sistema de salud para hacer frente tanto a las fuentes de presión derivadas de las cuatro transiciones descritas anteriormente como al reto de establecer un derecho de acceso de los servicios de salud de la población más equitativo. Como parte de esta reflexión, es necesario identificar cuáles son los temas clave de discusión y ordenarlos para generar un debate más constructivo. A continuación se mencionan algunos de estos temas.

En primer lugar, es necesario abordar el fundamento jurídico del derecho de acceso a los servicios médicos. En México, las disparidades en el derecho al acceso a los servicios de salud tienen su origen a nivel constitucional, el cual tiene su traducción práctica en la fragmentación del sistema de salud y la coexistencia de múltiples instituciones públicas que operan como los integrados verticalmente y, por lo tanto, con sus propias reglas de financiamiento y prestación de los servicios. Además de las implicaciones en términos de equidad en el derecho de acceso, esto genera problemas en términos de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles. Sin embargo, como paso previo a cualquier cambio en el sistema de

salud que permita una mayor eficiencia y equidad en el financiamiento y acceso a los servicios de salud, es indispensable reflexionar en torno a cómo eliminar las disparidades de origen que existen en el derecho de acceso. Esto implica necesariamente analizar cómo debiera establecerse el derecho de acceso de forma no diferenciada entre grupos de población a nivel constitucional.

En segundo lugar, debe abordarse el tema de cómo financiar el sistema de salud para hacer frente a las nuevas necesidades. Una vez definida la forma jurídica que permitiría garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud para toda la población, es necesario considerar cuáles debieran ser las reglas de financiamiento del sistema de salud en un esquema de derecho de acceso no diferenciado. Es claro que se debe aumentar el nivel de inversión en salud y la disponibilidad de recursos per cápita, a la vez que se promueva una mayor participación del gasto público en salud. Asimismo, es claro que estos recursos deben reflejarse en una mayor disponibilidad de recursos humanos y físicos *per cápita*.

En tercer lugar, es menester reflexionar, por un lado, acerca de cuál debiera ser el conjunto de intervenciones a financiar, de tal forma que se responda de manera adecuada a las nuevas necesidades de la población, y por otro, en cómo eliminar las diferencias que existen en el tipo de intervenciones a las que tienen derecho los diferentes grupos de población. En ese sentido, es importante definir cuál debiera ser el paquete de intervenciones al que tengan derecho de acceso por igual todos los mexicanos. La definición del paquete está supeditada a la forma que adopte el fundamento jurídico del derecho de acceso y a las reglas de financiamiento.

Finalmente, para que el componente público del sistema de salud esté en posibilidades de hacer frente a los retos actuales: ¿qué cambios a nivel organizacional deben hacerse para mejorar la forma en que se prestan los servicios médicos? En este rubro es necesario analizar los modelos organizacionales que permitan optimizar la capacidad instalada y que promuevan una mayor eficiencia en la prestación de los servicios. La forma organizacional de los servicios, necesariamente, depende de las definiciones en materia jurídica, financiera y de cobertura de intervenciones.

Identificar los temas relevantes para analizar los cambios que requiere el sistema de salud es un primer paso. Ordenar la discusión de forma secuencial en torno a estos temas es un segundo paso

necesario para que la reflexión sea constructiva y práctica.

Agradecimientos

El autor agradece el apoyo y los comentarios de Mariana Barraza Lloréns y Verónica Guajardo Barrón. Los puntos de vista expresados en este trabajo son responsabilidad exclusiva del autor, y no necesariamente reflejan la posición de la dependencia en la cual se desempeña actualmente.

Bibliografía

1. Gapminder. Gapminder world indicators. Disponible en: <http://www.gapminder.org>. Consultado el 20 de febrero de 2012.
2. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. Disponible en: http://www.dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. Consultado el 12 de abril de 2012.
3. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, 2001.
4. Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico. 1.ª ed. México, 2006.
5. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos. 2.ª ed. México, 2006.
6. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx>. Consultado el 12 de abril de 2012.
7. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Pública Mex. 2007;49 Suppl 1:37-52.
8. Health Data, 2011.OECD 2011.
9. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Consultada el 12 de abril de 2012.
10. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <http://www.rlc.fao.org/frente/pdf/pidesc.pdf>. Consultado el 12 de abril de 2012.

La política como herramienta en la transformación del Sistema Nacional de Salud

Javier Dávila Torres*

Coordinación de Políticas de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Resumen

La política, entendida como una actividad orientada para la toma de decisiones que busca alcanzar objetivos específicos, constituye una herramienta fundamental para la transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México. Es importante señalar que existen diferentes elementos, intereses y participantes que intervienen en su diseño e implantación.

Así mismo, es pertinente considerar la importancia que representan las instituciones del SNS dentro del desarrollo de las políticas de salud, así como el H. Congreso de la Unión, donde cada partido político presenta y defiende sus propuestas, realiza la negociación del presupuesto, entre otras actividades. Actualmente existen factores que tienen una presencia relevante en estas políticas, así como en el proceso de transformación del SNS en México, como son los medios de comunicación y la representatividad de la fuerza laboral a través de sus sindicatos.

Finalmente, se hacen algunas consideraciones generales con la finalidad de promover la integración de un SNS sólido, que contemple los cambios demográficos, económicos y sociales orientados a la cobertura universal y a la mejor provisión de los servicios de salud a nuestra población.

PALABRAS CLAVE: Sistema Nacional de Salud. Políticas en salud. Transformación del SNS.

Abstract

The politics as an activity oriented to the decision making process, seeks to achieve specific objectives, and it is a fundamental tool for the transformation of the National Health System (NHS). It is important to point out that there are different elements, interest and participants that take part in the design and implementation of these policies.

Therefore, it should be considered the presence of the health care institutions in the development of the health policies, as well as the participation of the Congress where each political party presents and defends their proposals, negotiate the approval and assignation of the financial budget, among others. Nowadays, there are elements with a relevant presence on these policies and in the transformation process of the NHS such as the media and laboral force represented by the unions.

Finally, some general statements are expressed to contribute with the advances in the integration process for a stronger NHS. This should consider the economic, demographic and social changes in the country; furthermore it should focus on universal coverage and provision of a better health care for the Mexican population.

KEY WORDS: NHS. Health policy. Transformation of the NHS.

Correspondencia:

*Javier Dávila Torres

Coordinación de Políticas de Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Reforma, 476, 3.º

Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.

E-mail: jav_davilat@yahoo.com.mx

Este documento es producto de la ponencia de J. Dávila Torres en la Academia Nacional de Medicina de México, en su sesión del miércoles 22 de febrero de 2012, bajo el tema «La política como herramienta en la transformación del Sistema Nacional de Salud».

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

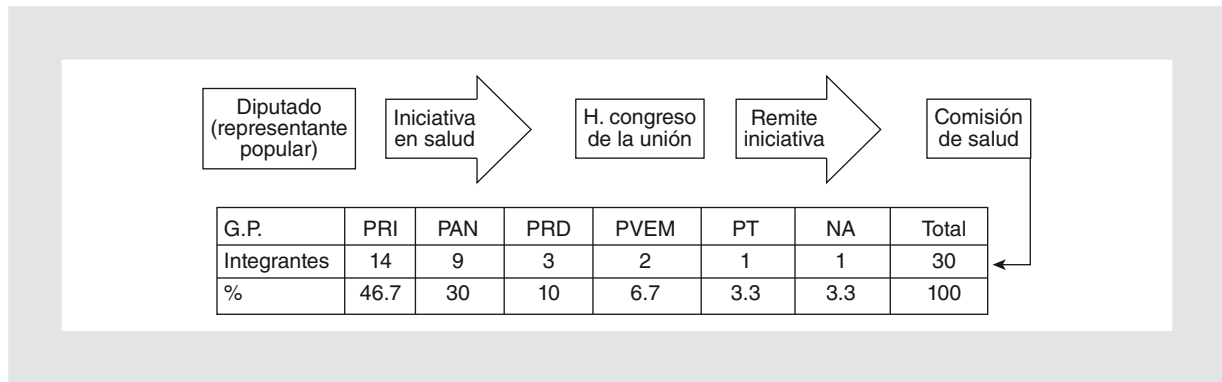


Figura 1. Composición de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Podemos considerar a la política como una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos.

Las políticas públicas en salud implican:

- Tomar decisiones estratégicas encaminadas a guiar las acciones presentes y futuras del SNS.
- Distinguir entre distintas opciones a partir del conocimiento de las condiciones y tendencias actuales en materia de salud.

La transformación del SNS implica el ejercicio de la política a fin de legislar desde el Congreso de la Unión, reestructurar los servicios de salud dada su complejidad organizativa tanto a nivel federal como estatal, financiar coordinadamente a las instituciones de salud, entre otras acciones.

La política desde el Congreso de la Unión

El Congreso de la Unión en nuestro país es el órgano encargado de legislar. Se compone de dos cámaras: de diputados (integrada por 500 legisladores) y de senadores (compuesta por 128 legisladores). La Cámara de Diputados cuenta con comisiones y subcomisiones que tratan los temas nacionales e internacionales; está integrada por:

- Cuarenta y cuatro comisiones ordinarias.
- Cuarenta y dos comisiones especiales.
- Cuatro comisiones bicamerales.
- Investigación.
- Grupos de amistad.
- Grupos de trabajo y parlamentos internacionales.

Dentro de las comisiones ordinarias se encuentra la Comisión de Salud, la cual a su vez se compone de cuatro subcomisiones:

- Medicina preventiva, atención médica y bioética.
- Administración y financiamiento del sistema de salud. Se plantean las negociaciones políticas

de interés, cuando el proyecto de ley o la propuesta se encuentre en la agenda de trabajo.

- Atención médica a inmigrantes.
- Comisiones unidas y protección contra riesgos sanitarios.

Para que una iniciativa en salud se convierta en política u ordenamiento legal debe primero un diputado enviar la iniciativa al Congreso de la Unión, quien a su vez la turna a la Comisión de Salud. El mecanismo general para enviar una iniciativa de salud y la composición partidista de la Comisión de Salud del H. Congreso de la Unión se muestran en la figura 1.

Hasta el 16 de febrero del presente año en esta legislatura se habían enviado a la Comisión de Salud 201 iniciativas, de las cuales 44 fueron desechadas y 51 aprobadas, quedando pendientes de resolución 106.

Por citar tan solo el ejemplo de una iniciativa propuesta y aprobada es la Ley de Protección a la Salud Materna, la cual busca crear un ordenamiento jurídico que tiene por objeto la protección a la mujer embarazada, así como la promoción de la maternidad, mediante la defensa de sus derechos fundamentales y la actualización de derechos específicos, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer a lo largo de su embarazo, parto, posparto.

Esta propuesta del partido Acción Nacional fue presentada ante el H. Congreso de la Unión el 13 de diciembre de 2010 y se aprobó el 9 de febrero de 2012. Lo anterior refleja que en muchas ocasiones se trata de un largo proceso en el que confluyen diversos aspectos que deben ser encauzados mediante información académica, diálogo, cabildeo, la construcción de consensos, y el llamado «*timing* político». En conclusión, el ejercicio de la política se antoja fundamental en estas relevantes acciones. Han existido en época reciente propuestas de iniciativas que han inquietado al gremio médico (inclusive no solo en el

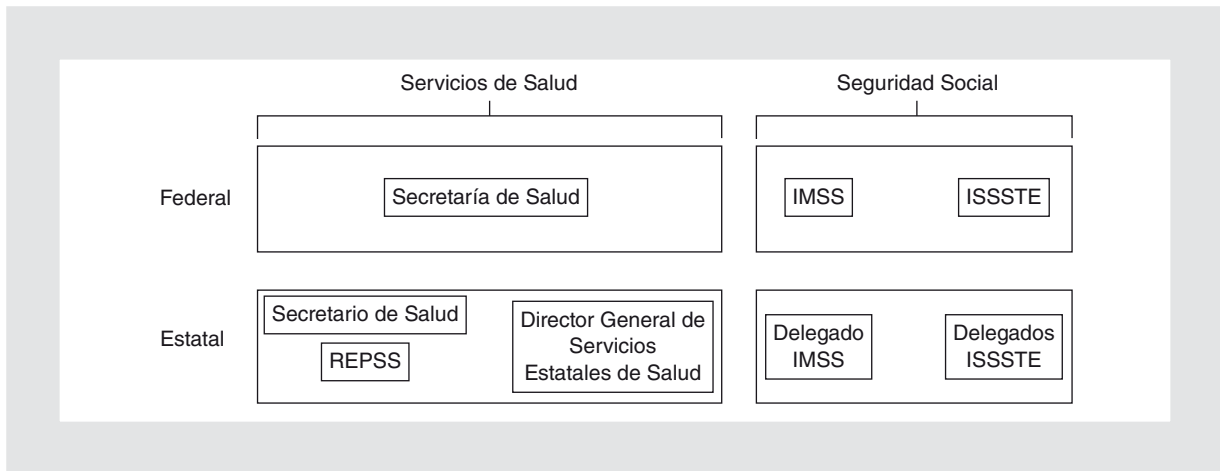


Figura 2. Complejidad de las estructuras en salud.

Congreso, sino en la Suprema Corte de Justicia), generándose con ello reuniones con diversos grupos, donde líderes de opinión en el ámbito de la salud, las academias, consejos y sociedades médicas, entre otros, aportaron un detallado análisis estableciendo posicionamientos contundentes, percibiéndose sin lugar a dudas que hay una sociedad mucho más participativa en el ejercicio de la política pública.

La política desde los sistemas estatales de salud

Los sistemas estatales de salud son un conjunto de instituciones creadas para garantizar la salud de la población en las entidades federativas.

Su objetivo es desarrollar programas integrales de atención a la salud de la población para garantizar la prevención, promoción, curación y rehabilitación, con equidad, calidad y calidez.

Si bien todas las entidades cuentan con sus propios servicios de salud, existe una gran heterogeneidad y complejidad entre ellas, como se muestra en la figura 2. A diferencia de las instituciones de seguridad social, donde las autoridades estatales están homologadas y mantienen la misma estructura organizacional, los servicios de salud presentan posiciones y estructuras heterogéneas, incluyendo ahora los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), aunado a la dificultad operativa que en ocasiones se observa, producto de la línea de mando, y la diferencia entre los tramos de control de quienes emiten la normatividad como estructura rectora y quienes desempeñan las funciones operativas, puede influir en ocasiones la filiación política en un Estado, ya que mientras algunas

instituciones son federales y provienen de otra corriente ideológica (teóricamente), la entidad federativa es gobernada por grupos antagónicos. Sin embargo, el SNS ha reflejado una cohesión inobjetable, producto de la misión y de los objetivos que se persiguen, aunque no ajenos a los problemas operativos. Múltiples experiencias de éxito se han hecho patentes en política pública, como por ejemplo las Semanas Nacionales de Salud. Partiendo de la rectoría de la Secretaría de Salud, el sistema en su conjunto desarrolla las acciones necesarias para el beneficio de la población, garantizando mejores niveles de salud, erradicación de enfermedades y en general, mediante los avances científicotecnológicos y políticas públicas exitosas, un notable incremento en la esperanza de vida.

El presupuesto en la acción política

El presupuesto es la asignación de recursos a las dependencias e instituciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales, por lo que tiene una fuerte relación con la política.

El presupuesto entra en conflicto cuando los recursos no son suficientes para el conjunto de demandas en salud, por lo que ante esta insuficiencia presupuestal se genera una competencia por los recursos disponibles.

Los principales actores involucrados en el presupuesto son el Congreso de la Unión, las mismas dependencias de gobierno y las representaciones sociales.

Los presupuestos asignados forman parte del presupuesto de egresos de la federación. La autorización, seguimiento, control y evaluación se someten al poder legislativo a través de informes trimestrales de las finanzas públicas y la cuenta de la Hacienda Pública

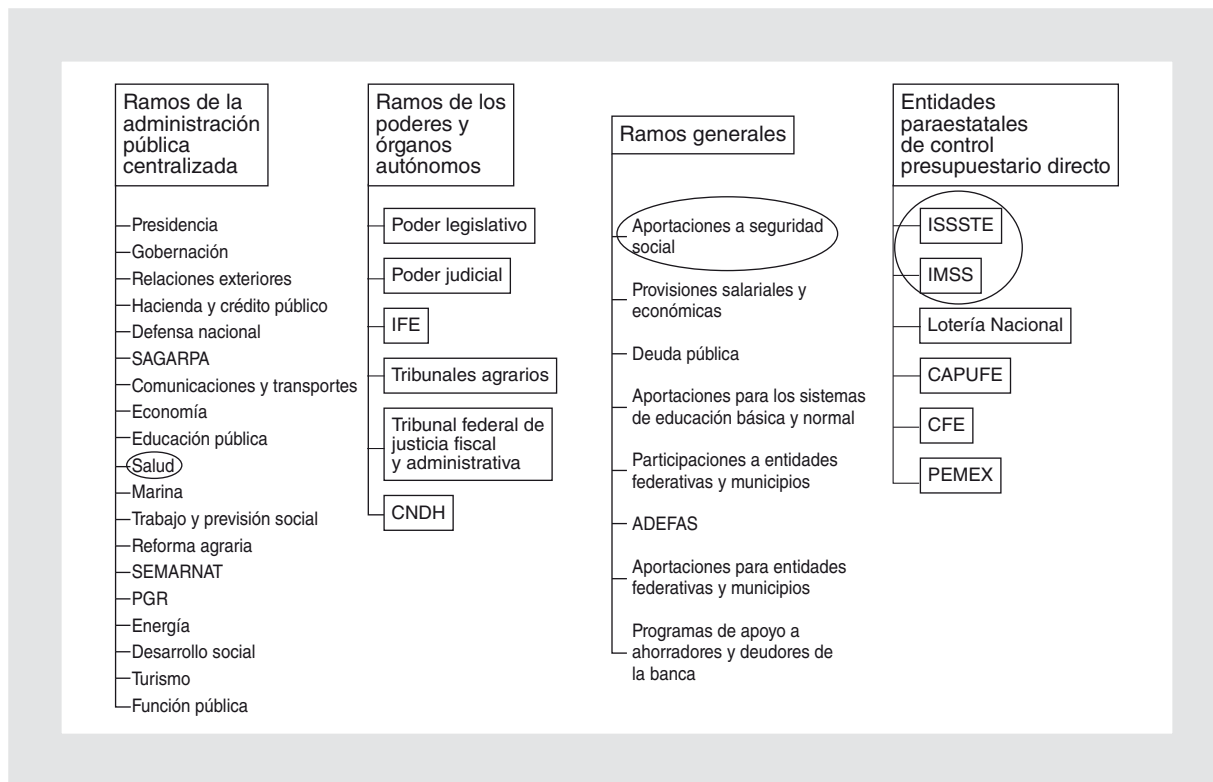


Figura 3. Distribución del gasto en clasificación administrativa.

federal (Figura 3)¹. Es pertinente destacar el útil y valioso incremento presupuestal que el SNS ha tenido en años recientes, situación que algunas voces señalan como controversial en el aspecto de rendición de cuentas, así como lo recomendable sería el incremento de este presupuesto a las instituciones públicas que se encuentran con un gran rezago de infraestructura y de recursos en general. Para lograr lo anterior habrá de darse un análisis de fondo con sustento de información sólida, así como la ponderación política que cohesione los objetivos que se persiguen para satisfacer las necesidades de la población, y los posicionamientos políticos equilibrados de los actores involucrados.

Ejemplo de política en salud: política farmacéutica

La política farmacéutica es ejemplo de una política en salud, cuyo objetivo final del sector farmacéutico en nuestro país es mejorar la salud de la población, a través de tres grandes instrumentales:

- Proteger a la población contra riesgos a la salud. Evitar o mitigar los riesgos a la salud derivados del consumo de medicamentos.

- Asegurar el acceso efectivo a los medicamentos. Esto significa que las alternativas terapéuticas estén disponibles en el mercado y que sean asequibles para el paciente de manera equitativa y oportuna.
- Promover la innovación en medicamentos para la población mexicana, manteniendo un flujo constante de entrada de nuevos productos al mercado mexicano.

Históricamente, el SNS, a través de diversos organismos como la entonces Subsecretaría de Regulación Sanitaria, hasta la conformación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), o en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la Coordinación para el Control Técnico de Insumos (COCTI), han contribuido a la consolidación de un sistema de abasto de medicamentos el cual se ha modernizado; aun así, reconociendo que falta mucho por hacer, existe con frecuencia un reclamo social expresado en los medios de comunicación y por momentos auspiciado por fuerzas políticas que, si bien señalan una realidad inobjetable, la magnifican a efecto de abanderar sus propias causas. Actualmente se desarrollan las acciones necesarias en todo el SNS a fin de contar con una política farmacéutica que permita

Tabla 1. Costos del tratamiento de pacientes con enfermedades lisosomales

	Costos						
	Imiglucerasa	Laronidasa	Agalsidasa β	Agalsidasa α	Idursulfasa	Galsulfasa	Aglucosilada
Pacientes	66	43	42	14	13	4	2
N.º viales	12,922	10,816	2,314	1,638	1,456	780	1,069
Costo por vial	\$ 16,399	\$ 7,402	\$ 45,817	\$ 24,300	\$ 49,456	\$ 22,282	\$ 7,402
Costo anual	\$ 211,908,224	\$ 80,061,905	\$ 106,021,255	\$ 39,803,400	\$ 72,008,809	\$ 17,379,960	\$ 7,626,609
Costo paciente	\$ 3,210,731	\$ 1,861,905	\$ 2,524,316	\$ 2,843,100	\$ 5,539,139	\$ 4,344,990	\$ 3,813,304
Costo total anual	534,810,170						

optimizar todo el proceso, desde la materia prima del medicamento, producción, almacenaje, distribución, prescripción, precios y consumo, para mejorar la salud de la población.

Ejemplo de política en salud: atención de enfermedades lisosomales

La Unión Europea considera «enfermedades raras» a todas aquellas enfermedades que afectan a menos de 5 personas/10,000 habitantes de la población general; dentro de estas se encuentran las enfermedades lisosomales.

Por citar tan solo un ejemplo, la inversión que realiza el IMSS en este grupo de pacientes es cada vez mayor, por lo que se requiere garantizar el otorgamiento de una atención adecuada. Para ello, se cuenta con la Clínica de Enfermedades Lisosomales, que busca garantizar la atención integral de los pacientes con el fin de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

En la tabla 1 se presentan los altos costos para el tratamiento de este grupo de padecimientos, donde puede observarse que, para la atención de 184 pacientes que recibieron tratamiento con enzimas tales como imiglucerasa, agalsidasa β y α , laronidasa y galsulfasa, entre otras, el IMSS ejerce un gasto anual de 534 millones de pesos².

Por lo anterior, un sistema de salud debe desarrollar políticas públicas eficientes, ya que se requiere de grandes inversiones en servicios médicos para atender en ocasiones a un número reducido de pacientes. Al tener identificados paquetes de servicios que ofrece el SNS, será conveniente precisar los alcances y cobertura sin perder de vista el ejemplo de estos padecimientos, entre otros.

Análisis de las propuestas actuales en salud

Las principales fuerzas políticas en nuestro país se encuentran estructurando su oferta política. Aun cuando se ha incluido el tema de salud, no lo han abordado de manera integral, por citar algunos ejemplos:

- La creación de un sistema de seguridad social universal que garantice la salud y las pensiones.
- Un sistema de salud financieramente viable para prevenir y evitar las futuras enfermedades.
- Incrementar los recursos financieros al presupuesto de salud permitirá financiar el acceso a la población.

Si bien todas las propuestas identifican elementos comunes, como la necesidad de contar con un sistema de salud integrado, y financieramente viable, no han establecido las estrategias o mecanismos específicos para lograr esta transformación, así como escenarios diversos que se instrumenten como consecuencia de las variables politicofinancieras del contexto que se presente.

Algunas propuestas

Se propone para conformar el SNS:

- Contar con un esquema de aseguramiento en salud universal, que sea equitativo y eficiente, basado en la desconcentración y separación de la función aseguradora y prestadora de servicios.
- Legislar la contribución social garantizada, considerando un financiamiento a través de impuestos generales.
- Establecer un solo paquete de servicios e intervenciones en salud a toda la población.

- Definir el funcionamiento y operatividad del Gobierno y de la Secretaría de Salud como la entidad financiadora y rectora del SNS.
- Ampliar a todo el SNS políticas exitosas de salud que privilegien la prevención sobre la atención médica, tales como PREVENIMSS, CHIQUITIMSS, JUVENIMSS, GERIATRIMSS, DIABETIMSS*, entre otros, teniendo claro que el SNS, a través de sus instituciones, coincide en esta visión. Las acciones preventivas, si bien requieren de un gasto inmediato para realizarlas, a largo plazo representan grandes ahorros en los presupuestos de las instituciones al evitar gastos en enfermedades cronicodegenerativas.
- Promover los elementos de portabilidad y convergencia en todo el SNS.

Consideraciones sindicales

Ninguna reforma al SNS tendrá éxito si no se considera a los trabajadores a través de sus agrupaciones sindicales. En México, el personal médico, paramédico y de enfermería que trabaja en el sector público se rige por un contrato que estipula un salario fijo, las horas de trabajo y las prestaciones de seguridad social, además de las actividades específicas que deben realizar.

En este sentido, es necesario reconocer que existen diferencias importantes entre las reglas que gobiernan las relaciones laborales del IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios de la Secretaría de Salud y los estados.

Los sindicatos del IMSS operan con base en el apartado A del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mientras que los trabajadores del gobierno federal están cubiertos por el apartado B de dicho artículo.

En la Secretaría de Salud y los SESA, los contratos colectivos difieren para las distintas categorías de trabajadores, y a menudo se trata de contratos individuales. Por lo anterior será indispensable abordar los temas laborales en este contexto en diferentes etapas, que van desde el intercambio de servicios en el

aspecto práctico del día con día, bajo el marco jurídico correspondiente, hasta pensar en un SNS que implicaría una transformación juridicolaboral de fondo mucho más compleja.

Con frecuencia las representaciones sindicales se reúnen al interior de sus corporaciones o en momentos de actividades proselitistas; sin embargo, su participación en reuniones de planeación estratégica o análisis en foros multidisciplinarios se ubica en este momento como un mayor valor agregado que permitiría facilitar las posibles negociaciones, y será sin duda uno de los grandes retos para la transformación del SNS.

Los medios de comunicación y su función política

Los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental para la aceptación, o rechazo, de las propuestas de políticas en salud.

Al pretender establecer una política pública debemos considerar la participación de los medios de comunicación y mantener un estrecho contacto con ellos. La utilización de los medios tiene un alto grado de utilidad, que va desde el coadyuvar como herramienta de promoción a la salud, fortalecer la cultura de la prevención, o bien en casos coyunturales, como se dio en la pandemia de influenza en 2009, también favorece en la utilización de infraestructura en casos de contingencias y desastres, etc. Adicionalmente, la creación de portales en internet, *Facebook* o *Twitter*, que hoy en día representan un relevante apoyo tecnológico y de información masiva en todas las áreas y, por supuesto, en el ámbito de la salud.

Actualmente, las acciones realizadas en el SNS mediante un acuerdo general y la firma de convenios específicos para el intercambio de servicios han contribuido para la integración funcional, puntos de acuerdo en la práctica clínica, homologación de forma básica en cuanto a procedimientos y costos mediante grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), entre otras acciones, lo cual expresa, mediante la voluntad política de las partes, el interés por otorgar una mejor atención a la población. Lo anterior habrá de consolidarse y continuar en las áreas de oportunidad que se

*PREVENIMSS, es un concepto que fusión a los Programas Integrados de Salud con las siglas del Instituto Mexicano del Seguro Social; es una estrategia que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, salud sexual y reproductiva, y atención médica, ordenándolas en grupos de edad: Programa de Salud del Niño (CHIQUITIMSS), Programa de Salud del Adolescente (JUVENIMSS), Programa de Salud del Adulto Mayor (GERIATRIMSS) entre otros; así mismo, cuentan con un Programa Institucional para la Prevención y Atención de la Diabetes (DIABETIMSS).

identifiquen, siendo fundamental la creación de consensos en materia de políticas de salud, ya que, independientemente de grupos e ideologías políticas, o bien de momentos coyunturales, el SNS es uno de los activos de nuestra nación, con políticas que han fortalecido su continuidad, y en la mayoría de los casos la permanencia del recurso humano experto, ya sea a nivel operativo o normativo, procurando la cohesión de sus equipos, la representatividad gremial a través de las academias, consejos, sociedades, universidades, así como instituciones públicas y privadas, prestigiados hospitales que reflejan toda una historia de solvencia académica y asistencial. Queda claro que abordar el tema de políticas de salud supone un análisis con diferentes aristas, que van desde la viabilidad financiera de las instituciones, fuentes de financiamiento y las reformas correspondientes, hasta reestructuración y reorganización de los servicios. En este contexto, el momento en el que se encuentra nuestro país hace necesaria la expresión propositiva dinámica, analítica de todas las voces, procurando,

insisto, la creación de consensos que orienten con objetividad y realismo a los tomadores de decisiones del más alto nivel en estos cruciales momentos, y nos permita transitar exitosamente en esta histórica transformación del SNS.

Quiero, para finalizar, recordar dos frases que reflejan lo que el trabajo político debe ser: «El político se convierte en estadista cuando comienza a pensar en las próximas generaciones y no en las próximas elecciones».

«El político debe ser capaz de predecir lo que va a pasar mañana, el mes próximo y el año que viene, y de explicar, después, por qué fue que no ocurrió lo que el predijo».

Sir Winston Churchill³.

Bibliografía

1. Guerrero J, Patrón F. Manual sobre la clasificación administrativa del presupuesto federal en México. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. CIDE; 2000.
2. Dirección de Finanzas, IMSS.
3. Stewart G. His finest hours. The war speeches of Winston Churchill. London: Quercus History; 2007.

La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria

Luis Durán-Arenas*, Guillermo Salinas-Escudero, Víctor Granados-García y Silvia Martínez-Valverde
División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Resumen

En México el acceso a los servicios de salud, a diferencia de los países desarrollados, es un determinante social básico de la salud. La demanda de servicios de salud se concentra en la atención primaria, pero el diseño reúne la oferta de servicios en la atención hospitalaria, lo que genera disonancia entre las necesidades y el diseño vigente de los servicios de salud.

Tanto para la seguridad social (SS) como en el Seguro Popular (SP), afiliación se refiere a la población cotizante o que por reclutamiento han sido contados como afiliados a estas instituciones. En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tres de cada cuatro derechohabientes están en contacto con los servicios de salud, mientras que en el SP este indicador no existe. Más aún, las brechas en materia de acceso a los servicios de salud se expresan en paquetes de atención, por lo que los afiliados a la SS y el SP no tienen el mismo tipo de cobertura. La pregunta sería: ¿cuál es el modelo de atención del sistema de salud que queremos los mexicanos?

La atención primaria representa la primera opción para que los sistemas de salud cumplan su función de protección social al desempeñar un papel central en el diseño de políticas: acceso universal y cobertura según la necesidad. Un aspecto central es la definición del primer contacto con el servicio de salud a través de la conformación de un equipo de atención primaria, liderado por el médico de cabecera como líder de un equipo multidisciplinario de salud. La propuesta plantea conceptos de enfermería, recepción/secretaría, consumos de bienes (principalmente medicamentos), mantenimiento y servicios generales.

Adoptar una estrategia integral que beneficie a todos los mexicanos por igual y sin distinciones se podría financiar con un costo de operación total aproximado de \$ 22,809 millones anuales.

PALABRAS CLAVE: Seguro Popular. Seguridad social universal. Atención primaria. Médico de cabecera.

Abstract

Access to health services is a social basic determinant of health in Mexico unlike what happens in developed countries. The demand for health services is focused on primary care, but the design meets only the supply of hospital care services. So it generates a dissonance between the needs and the effective design of health services.

In addition, the term affiliation refers to population contributing or in the recruitment process, that has been counted as members of these social security institutions (SS) and Popular Insurance (SP). In the case of Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) three of four contributors are in contact with health services; while in the SP, this indicator does not exist. Moreover, the access gap between health services is found in the health care packages so that members of the SS and SP do not have same type of coverage. The question is: which model of health care system want the Mexicans?

Primary care represents the first choice for increasing the health systems performance, as well as to fulfill their function of social protection: universal access and coverage based in needs, regardless whether it is a public or private health insurance. A central aspect for development of this component is the definition of the first contact with the health system through the creation of a primary health care team, led by a general practitioner as the responsible of a multidisciplinary

Correspondencia:

*Luis Durán-Arenas
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria
Col. Copilco, Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F.
E-mail: lduranarenas@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

health team. The proposal addresses the concepts of primary care nursing, consumption of inputs (mainly medical drugs), maintenance and general services.

Adopting a comprehensive strategy that will benefit all Mexicans equally and without discrimination, this primary care system could be financed with a total operating cost of approximately \$ 22,809 million by year.

KEY WORDS: *Popular Insurance. Universal social security. Primary care. General practitioner.*

Introducción

En México el acceso a los servicios de salud, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, es un determinante social básico de la salud, no intermedio. Ello porque, a diferencia de los países europeos, en nuestro país aún no hemos alcanzado la cobertura universal de los servicios de salud. En México existe una marcada desigualdad en el acceso, pero no solo eso, sino grandes desigualdades en el tipo de servicios cubiertos y en la calidad de los servicios de salud de los que dispone la población.

Aún más, en la SS se conoce claramente que para lograr la cobertura no es suficiente con financiamiento para la operación, es necesario construir la infraestructura (edificios, equipos tecnológicos y personal) necesaria en los diferentes niveles de atención para garantizar la entrega de servicios.

En breve la cuestión principal para el sector salud es: ¿cuál es el sistema de salud que queremos los mexicanos?

Diagnóstico de la situación: problemas y desafíos

La demanda de servicios de salud de la población mexicana se concentra en la atención primaria, pero el diseño del propio sistema de salud concentra la oferta de servicios en la atención hospitalaria, en particular de tercer nivel. Existe, así, una disonancia entre las necesidades de la población y el diseño vigente de los servicios de salud. En este sentido, se plantea la discusión de la diferencia entre afiliación y cobertura de servicios.

Tanto en la SS como en el SP, afiliación se refiere a la población que por cotización o por reclutamiento han sido contados como afiliados a estas instituciones. Una cosa distinta es si esta población está cubierta por servicios de salud de acuerdo con sus necesidades. En el caso del IMSS se cuenta con una estimación de la población cubierta con el indicador: población adscrita a médico de familia. En el año 2008

esta ascendía a casi 37 millones de derechohabientes (Secretaría de Salud [SSA], 2009). La cobertura del IMSS se desprende de la fórmula: $(\text{población adscrita a médico de familia}) / (\text{población estimada de derechohabientes}) \times 100 = 75\%$. Esto es, tres de cada cuatro derechohabientes están efectivamente en contacto con los servicios de salud del IMSS. En el caso del SP no existe este indicador de población adscrita a un médico, por lo que no es factible estimar directamente la población en contacto con los servicios médicos, por lo tanto cubierta.

Otra característica relevante es la heterogeneidad existente entre entidades federativas y al interior de ellas en la disposición de unidades médicas y personal médico para los habitantes de dichos estados. El análisis de los sistemas de salud se ha orientado en general a los procesos del sistema más que al contenido del sistema. Dicha perspectiva asume que las metas del sistema de salud están en sintonía con el contenido del sistema, por lo que la atención se dirige a los procesos rutinarios para el trabajo de los sistemas de salud y no a la congruencia entre las metas del sistema (la salud es un derecho para todos en México) y el contenido del sistema (su estructura, organización, políticas y programas)¹.

Este es el caso de la meta de igualdad en el sistema de salud, escrita en la declaración de la salud como un derecho de los mexicanos². Por lo tanto, para abordar la desigualdad, la pregunta central debe ser: ¿la estructura y organización del sistema de salud (su contenido) están enfocados a la consecución de un mayor nivel de igualdad entre los mexicanos?

El primer y más general aspecto de la desigualdad en acceso es la disponibilidad de recursos humanos para la salud. La variabilidad en números absolutos es drástica: mientras existen entre 2,000-5,000 médicos en municipios y delegaciones de las ciudades más importantes del país, en zonas menos desarrolladas llega a haber un médico en todo el municipio. El lugar con más médicos/1,000 habitantes es la delegación Cuauhtémoc (Ciudad de México) con 8.4, y el lugar con menos médicos es el municipio de Teotlalco, Puebla, con 0.33 médicos/1,000 habitantes.

Existen múltiples deficiencias de las limitaciones estructurales en los sistemas estatales de salud que ofrecen servicios a la población del SP. Tal vez el indicador más dramático es que a estas comunidades las atienden 8,500 pasantes en servicio social de medicina. Si el SP quiere ofrecer verdaderamente una solución a los problemas de salud de las poblaciones más desaventajadas, no lo puede hacer con un personal en formación, que recibe un salario insuficiente (2,500 pesos mensuales) y en condiciones de falta de organización y de estructuras de apoyo deficientes.

Las brechas en materia de acceso a los servicios de salud se expresan, asimismo, en los paquetes de atención a los que los distintos individuos pueden acceder. Así, las personas afiliadas a la SS y al SP no tienen el mismo tipo de cobertura. Mientras la SS cubre los 12,500 diagnósticos de la clasificación internacional de las enfermedades, el SP solo cubre 1,400 diagnósticos de esta clasificación. En resumen, existe una franca desigualdad en el paquete de beneficios en el sistema de salud. Solo en EE.UU. es esta desigualdad tan marcada. México es un país con polarización epidemiológica y con polarización dentro del sistema de servicios de salud.

Definiciones y soluciones

Podríamos centrar los dilemas en tres grandes aspectos: a) pasar de la concentración en afiliación a la búsqueda de la cobertura efectiva de los sistemas de salud; b) debatir entre la oferta de una atención integral a la salud frente a la oferta de paquetes de servicios limitados, como el del SP, y c) readecuar el sistema hacia la atención de primer nivel garantizando la existencia de un médico de cabecera/2,000 habitantes en todas las regiones y municipios del país, creando un genuino servicio nacional de salud hoy inexistente.

Estos tres aspectos conforman los ingredientes básicos de una estrategia para evitar que el acceso diferenciado a los servicios de salud siga siendo un reproductor de la inequidad social y, por el contrario, se convierta en un instrumento de equidad social en salud.

La idea del modelo es tomar las mejores experiencias de otros países que sean adecuadas para la realidad mexicana y que permitan con los recursos y las capacidades de nuestra sociedad ofrecer el mejor arreglo organizacional posible para el sistema de salud.

En este sentido, hay tres grandes componentes que corresponden a los niveles de intervención y políticas

del sistema de salud y que el modelo conceptual del sistema de salud universal en México debe integrar: a) la atención de la salud individual y familiar; b) la atención de la salud pública, y c) la producción social de la salud.

Cada uno de estos componentes son capaces de responder de manera independiente a las necesidades de salud de la sociedad mexicana, pero, para asegurar un efecto a corto, mediano y largo plazo sobre la salud, deberán ser articulados a través de los atributos que han sido derivados de los valores del sistema de salud.

Atributos

Dado que cada sistema de salud refleja valores, explícitos o no, los cuales se ven expresados en el conjunto de beneficios a la población y en la estructura y organización de las instituciones, es importante presentar el conjunto de atributos que guían al modelo.

Los atributos que sirven de base para operar el sistema de salud, y que se constituirán en un puente entre los niveles de intervención y políticas del sistema de salud y los aspectos operativos y logísticos de las políticas, son los siguientes: centrado en el ciudadano; orientado a la calidad; intersectorial; con abogacía³; con participación social⁴, y rendición de cuentas.

Atención a la salud individual y familiar

Para esta reunión nos concentraremos en la propuesta de atención a la salud individual y familiar con base en los principios de la atención primaria. De acuerdo con el Instituto de Medicina de EE.UU., la atención primaria en este nivel de intervención y políticas puede ser definida como la provisión de servicios de salud integrales, accesibles, otorgados por profesionales clínicos de la salud, quienes son responsables de abordar una gran mayoría de necesidades de salud individuales, y de construir una colaboración permanente con sus pacientes y proveer sus servicios en el contexto de la familia y la comunidad⁵.

De Maeseneer extiende el concepto basado en atributos y establece que la atención primaria es de primer contacto (accesibilidad), longitudinal (enfocada en la prevención, curación y rehabilitación, durante el tiempo que sea necesario para resolver el problema de salud), centrada en los pacientes, comprensiva (atiende los valores morales y culturales) y coordinada (incluye la comunicación con atención secundaria hospitalaria y terciaria de alta especialidad)⁶.

La atención primaria representa la primera opción para que los sistemas de salud cumplan su función de protección social al desempeñar un papel central en el diseño de políticas, e incluye las siguientes características: acceso universal y cobertura según la necesidad, independientemente de que se trate de un sistema público o privado de salud; atención comprensiva con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, mediante programas horizontales con enfoque comunitario; integración de equipos de salud adecuados y centrados en las personas; empoderamiento del individuo y la comunidad, orientado a la corresponsabilidad social a partir del concepto de conciencia de necesidades para el «aliento a la demanda»; establecimiento de servicios de atención primaria de alto desempeño; organización intersectorial del sistema de salud para la vinculación con las políticas de educación, ambiental, laboral, desarrollo social y con la participación de la sociedad civil; tecnología adecuada y una relación costo-efectiva de los recursos disponibles. Se propone que estos aspectos de la atención primaria se corresponden con la promoción de la salud, la prevención y detección oportuna de las enfermedades y la atención médica.

Un aspecto central para el desarrollo de este componente es la definición del primer contacto con el sistema de salud a través de la conformación de un equipo de atención primaria a la salud, liderado por el médico de cabecera como líder de un equipo multidisciplinario de salud. El médico de cabecera cuenta con los elementos necesarios que le ofrecen un enorme potencial para coordinar la atención integral a las personas que confían en este equipo sus necesidades de salud; dicha atención incluye, como primer componente, el análisis individual, familiar y del entorno comunitario para comprender las condiciones de salud en las esferas biológica, psicológica y social, y así, estar en posibilidades de ofrecer una respuesta apropiada para restaurarlas o mantenerlas.

Bajo la premisa anterior es posible conformar una visión de la atención que esté centrada en la persona y su entorno, mediante la aplicación de la evidencia científica desde la prevención primaria, el diagnóstico y tratamiento oportunos hasta la rehabilitación. Para lograr un verdadero impacto también es necesaria la participación de cada persona de la familia para que, como un integrante más del equipo de salud, participe activamente en su propia atención; dicha participación solo puede lograrse mediante el empoderamiento social que surge de la conciencia de cada persona acerca de sus propias necesidades de salud, como

un elemento inicial que aliente la demanda de la atención y que comprometa a la corresponsabilidad para la preservación o restauración de las condiciones de salud.

Alternativa de atención de primer contacto en México

Partimos de la experiencia del modelo del Reino Unido con el *general practitioner* (médico de cabecera), que lleva 73 años representando la piedra angular del sistema de salud británico, atendiendo entre 1,300-1,700 personas, en los lugares donde ellas viven, con acceso inmediato y sin barreras de pago al momento de recibir servicios.

En México se cuenta con la experiencia de la medicina familiar en el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), que, desgraciadamente, por distintos factores, ha transitado hacia un modelo de medicina burocrático que puede y debe ser ajustado para responder a las características que debe tener un médico de primer contacto en atención primaria.

La alternativa es, por lo tanto, desarrollar un modelo de atención primaria universal, que aproveche la mejora del financiamiento alcanzada por los logros del SP, pero que utilice un diferente vehículo del gasto; la transformación del sistema de salud y la creación de un sistema universal de atención primaria.

El sistema necesita transformarse de abajo hacia arriba, es decir, partiendo por crear las condiciones estructurales para que se pueda universalizar la atención primaria a la salud, y dejando para un segundo momento las mejoras y adecuaciones de la atención hospitalaria en segundo y tercer nivel de atención.

Por lo tanto, la tarea que realmente es necesario trabajar es definir el sistema de salud que queremos los mexicanos. Dado que el SP ejerce alrededor de \$ 103,226.1 millones al año, me parece justo que podamos diseñar un sistema universal de atención primaria a la salud sin restricciones por enfermedades preexistentes; sin paquetes priorizados de beneficios, que se convierte en una barrera para la utilización de servicios de salud y una fuente de desigualdad; con la creación de la figura de médico de primer contacto de atención primaria, médico de cabecera o médico familiar.

Haciendo cálculos iniciales, si en este país decidiéramos contar con un médico familiar para cada mexicano necesitaríamos 56,000 médicos, asumiendo que cada médico puede atender a 2,000 personas. En el IMSS tan solo ya se cuenta con cerca de 14,000 médicos

Tabla 1. Aspectos considerados como gastos de operación

Enfermería	\$ 9,328 millones
Recepcionista/secretaria	\$ 1,910 millones
Consumo de bienes (i.e., medicamentos)	\$ 8,381 millones
Mantenimiento	\$ 716 millones
Servicios generales	\$ 2,474 millones
Total	\$ 22,809 millones

Adaptado de elaboración propia a partir de datos del IMSS.

familiares, que, como se señaló, necesitarían ser reencontrados, reorganizados y pagados con un sistema diferente.

Si en forma generosa contratáramos a los que faltara (42,000) y les pagáramos por la atención de las necesidades de su población adscrita 50,000 pesos mensuales, a través de un sistema de pago por desempeño, necesitaríamos un presupuesto de \$ 27,400 millones anuales; monto que se podría pagar con las aportaciones que el SP actualmente envía a los estados.

Infraestructura de apoyo a la atención primaria

Obviamente, no solo necesitamos a los médicos; se necesitan insumos, infraestructura, tecnología médica (equipos, medicamentos, etc.) y, sobre todo, una organización de este sistema. El trabajo es discutir cómo podemos construir una estrategia que permita garantizar a un médico/2,000 habitantes.

Consideramos que este apoyo se puede generar a través de la creación de una comisión nacional que defina las bases del sistema de salud que queremos los mexicanos. En nuestro país, el proceso requiere de características congruentes con los valores de nuestra sociedad y el momento político que vivimos.

Un primer cálculo del costo de los apoyos necesarios para la atención primaria nos señala que, con el financiamiento actualmente disponible, es factible operar un sistema de esta naturaleza. A continuación desglosamos los componentes de costo que en este análisis preliminar hemos desarrollado.

Gasto de operación

Para estimar los costos de operación se utilizaron datos disponibles del IMSS. Estos incluyen los conceptos

Tabla 2. Estimación del gasto requerido para la adecuación de los espacios físicos (consultorio, cuarto de exploración y sala de espera)

Costo adecuaciones al consultorio	\$ 140,242 (por consultorio)
100%	\$ 5,911,849,618
80%	\$ 4,729,479,694
60%	\$ 3,547,109,771
40%	\$ 2,364,739,847
20%	\$ 1,182,369,924
0%	\$

Adaptado de elaboración propia a partir de datos instituciones de SS y costos de construcción y remodelación en la Ciudad de México.

Tabla 3. Costos anuales para un escenario promedio en el país

Gasto médico de cabecera	\$ 27,400 millones
Gasto de operación	\$ 22,809 millones
Gasto de apoyo a infraestructura y/o remodelación escenario medio	\$ 3,547 millones
Gasto total esperado en un año tipo	\$ 53,756 millones

Adaptado de elaboración propia.

de enfermería, recepción/secretaria, consumos de bienes (principalmente medicamentos), mantenimiento y servicios generales. El costo total alcanzado sería de \$ 22,809 millones anuales (Tabla 1).

Gasto de apoyo a infraestructura o remodelación

También consideramos que sería necesario establecer un fondo para construir o remodelar las facilidades existentes públicas y privadas en términos de consultorios, cuarto de exploración y sala de espera para los médicos de cabecera. Una vez más, con base en información disponible en las instituciones de SS y costos de construcción y remodelación en la Ciudad de México, se calculó que el costo promedio de las adecuaciones sería de \$ 140,242 por consultorio (Tabla 2).

Se hicieron seis estimaciones conforme a diferentes escenarios de la proporción de consultorios que sería necesario remodelar o apoyar en el país y consideramos que el escenario promedio sería que 60% de los consultorios requirieran ser apoyados, lo que daría un costo de \$ 3,547 millones.

Escenario promedio

De esta manera, en un escenario promedio, el apoyo económico necesario para este sistema sería de \$ 53,756 millones (Tabla 3), lo cual corresponde al 29.9% de los recursos que el SP identifica en sus gastos de 2011.

Consideraciones finales

Gracias a los incrementos presupuestales al SP, existe el financiamiento para transformar el sistema de salud, para lo cual es necesaria la voluntad política para adoptar una estrategia integral que beneficie a todos los mexicanos por igual y sin distinciones.

La propuesta que aquí se presentó es transparente y con rendición de cuentas, ya que se pueden auditar las listas de los médicos, los servicios que entregan y los efectos en su población adscrita.

Sin embargo, es necesario debatir y definir cuál es el modelo de atención del sistema de salud que queremos

los mexicanos. Para ello es necesario ampliar la discusión más allá de los ámbitos médicos y económicos. Es necesario tener una amplia participación de la sociedad, de los sectores públicos y privados. En breve debe lograrse un compromiso nacional por la salud de los mexicanos.

Bibliografía

1. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *J Int Develop.* 1995;7(3):329-47.
2. Ruiz Massieu JF. El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud. En: Soberón, Díaz Alfaro, et al. *Derecho constitucional a la protección de la salud.* México: Miguel Ángel Porrúa; 1983.
3. Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud. Centro colaborador de promoción de la salud. Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. Ginebra: OMS; 1998.
4. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington, D.C.: OPS; OMS; 1994.
5. Donaldson M, Yordy K, Lohr K, Vanselow N. *Primary care; America's health in a new era.* Institute of Medicine, eds. Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine; Washington, D.C. 1996.
6. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. *Primary health care as strategy for achieving equitable care. A literature review commissioned by the health systems knowledge network. The health systems knowledge network.* Ghent: University of Ghent; 2007.

La atención de especialidad en el proceso de transformación

Romeo S. Rodríguez Suárez*, Armando Mansilla Olivares y María Juana Díaz Jiménez

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

Se exponen los alcances que, mediante la investigación científica, han logrado los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad, en cuanto a la atención médica especializada de excelencia en el manejo de la salud global, trasladándola más allá de sus propias fronteras a hospitales de primero y segundo nivel, en beneficio de la población mexicana.

La mortalidad materna y factores como la malnutrición y el déficit de micronutrientes en la madre embarazada como en el hijo los ponen en desventaja para enfrentar los retos futuros, tanto desde el punto de vista físico como emocional. El bajo peso al nacer, la prematurez y el sobrepeso predisponen, también desde la infancia, al desarrollo de síndrome metabólico, con su repercusión sobre la función de distintos órganos y sistemas, incluyendo la salud mental.

Estos retos se abordan con una visión preventiva mediante programas como «Hacia una nueva generación de mexicanos» y «Tamizaje de la enfermedad renal crónica en pacientes de alto riesgo», además del diseño de estrategias para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas que incluyen el cáncer, hipertensión y diabetes, entre otras, mediante la disminución del número de mexicanos con sobrepeso y obesidad; medidas que, en una u otra forma, se aplican en todos los estados de la República.

PALABRAS CLAVE: Atención especializada. Salud global. Transición epidemiológica. Enfermedades crónicas.

Abstract

The scientific research goals developed and applied beyond their own frontiers, by the National Institutes of Health and High Specialty Hospitals, are presented regarding the specialized medical care of excellence on the field of global health, in benefice of the Mexican population.

Maternal mortality as well as malnutrition, and the lack of micronutrients in the pregnant mother and child, put them in disadvantage to face future physical and mental diseases. Low weight at birth, prematurity, and overweight during childhood are factors that can trigger the development of the metabolic syndrome, with all its consequences on physical and mental health. These challenges are faced with a preventive vision by means of pilot programs like "Towards a new generation of Mexicans" and "Chronic kidney disease stratification in high risk patients", besides the development of new strategies for the prevention and treatment of other chronic diseases such as cancer, hypertension, and diabetes among others by decreasing the number of overweight and obesity people in the Mexican population.

KEY WORDS: Specialized care. Global health. Epidemiological transition. Chronic diseases.

Correspondencia:

*Romeo S. Rodríguez Suárez
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Torre Zafiro 1, Periférico Sur, 4118, 1.º
Col. Jardines del Pedregal, Del. Álvaro Obregón,
C.P. 01900, México, D.F.
E-mail: romeossa@yahoo.com

Fecha de recepción en versión modificada: 10-10-2012

Fecha de aceptación: 12-10-2012

Introducción

La atención primaria de la salud se ha convertido en uno de los principales problemas en los que ha intervenido la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que erige como propósito fundamental el reforzar la infraestructura y el adiestramiento de recursos humanos para la atención de comunidades rurales y urbanas marginadas. Por otro lado, la transición epidemiológica expresada a través de la influencia genéticoambiental ha dado lugar a la aparición, a nivel mundial, de enfermedades crónicas que han incrementado de manera sustancial la morbilidad, mortalidad y costos en los países que las padecen. Lo anterior ha obligado a replantear el abordaje de estos padecimientos, los que requieren de una atención más especializada y de la participación de los institutos líderes en el conocimiento médico y en los aspectos preventivos.

Ante estas circunstancias, en el contexto internacional surge el término de salud global como un proceso poblacional dinámico, influido por determinantes que superan las fronteras nacionales y que se transforman en comunes, influenciando de una manera determinante el futuro de la población. Por ello, es necesario evaluar periódicamente, no solo las condiciones actuales de salud sino las consecuencias de las intervenciones.

Dentro del concepto de salud global que se aborda en el libro titulado *Temas de salud global de impacto local*, de J.R. de la Fuente, surgen cuatro diferentes teorías de entre las que destaca la que alude al sufrimiento social, y utiliza el tema de la pobreza para ilustrar la experiencia individual y colectiva que representan ciertas enfermedades en los sectores más marginados. Partiendo de este precepto, es importante destacar que muchas de las enfermedades que surgen de la transición epidemiológica son producto de la interacción entre la genética y los factores epigenéticos, cuya influencia es evidente en el desarrollo y desenlace de la enfermedad.

Para enfrentar las enfermedades producto de la transición epidemiológica y sus complicaciones, quienes mejor expresan la atención especializada de excelencia para el abordaje de estos padecimientos son los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales de Alta Especialidad. En el análisis que se hará en este documento y dadas las limitaciones de espacio, se incluirán solo los alcances de algunos de los institutos que se aplican en beneficio de la población

como producto de la investigación científica que desarrollan cotidianamente.

Situación en países en vías de desarrollo

El que la OMS haya logrado generar un consenso global sobre las metas identificadas como prioridades específicas para el desarrollo es, sin duda, un logro extraordinario. Dentro de estas metas, comprendidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, destaca la reducción en la mortalidad materno-infantil, con la que México se encuentra estrechamente comprometido.

Asociado a la meta señalada, la situación mundial en malnutrición es tan grave que, de acuerdo con la OMS, 3,000 millones de seres humanos no ingieren suficientes kilocalorías, o las ingieren en exceso y de muy mala calidad, y, como consecuencia de ello, están mal nutridos y muchos son obesos. De entre estas deficiencias resalta la falta de micronutrientes, la que se asocia a graves alteraciones provocadas por el déficit de vitamina A, vitamina D, hierro y yodo; problemas que conducen a la disfunción del sistema inmune, con la muerte hasta de un millón de niños por año, además de ceguera nocturna, raquitismo, síndrome anémico y alteraciones mentales. De hecho, la desnutrición, además de producir peso bajo al nacer, talla baja y retraso en el desarrollo intelectual, se asocia con más de un tercio de las muertes durante la infancia, y es factor de riesgo para el desarrollo de distintas enfermedades durante la edad adulta.

No es difícil imaginar la repercusión que todas estas alteraciones pueden ejercer sobre la vida futura de una persona que ha nacido con desnutrición. Existen estudios en los que se ha demostrado que los niños desnutridos, en el transcurso de la vida, tienen menores posibilidades de terminar el bachillerato, de ingresar a la universidad o de tener un empleo bien remunerado, en comparación con sus pares mejor nutridos; así mismo, se encuentran en desventaja en cuanto a los fenómenos de restitución celular, cuando a lo largo de la vida se enfrentan a enfermedades como el infarto, la insuficiencia cardíaca y otras; también, se vuelven más susceptibles de padecer sobrepeso u obesidad, resistencia a la insulina, hipertensión arterial sistémica y enfermedad coronaria^{1,2}. De hecho, se afirma que los niños de bajo peso al nacer tienen 78.9 veces más riesgo relativo de parálisis cerebral, así como 10.3 veces más riesgo relativo de retraso mental. Además, la baja agudeza auditiva y visual, así como la presencia de epilepsia, son factores inversamente proporcionales a la edad gestacional³.

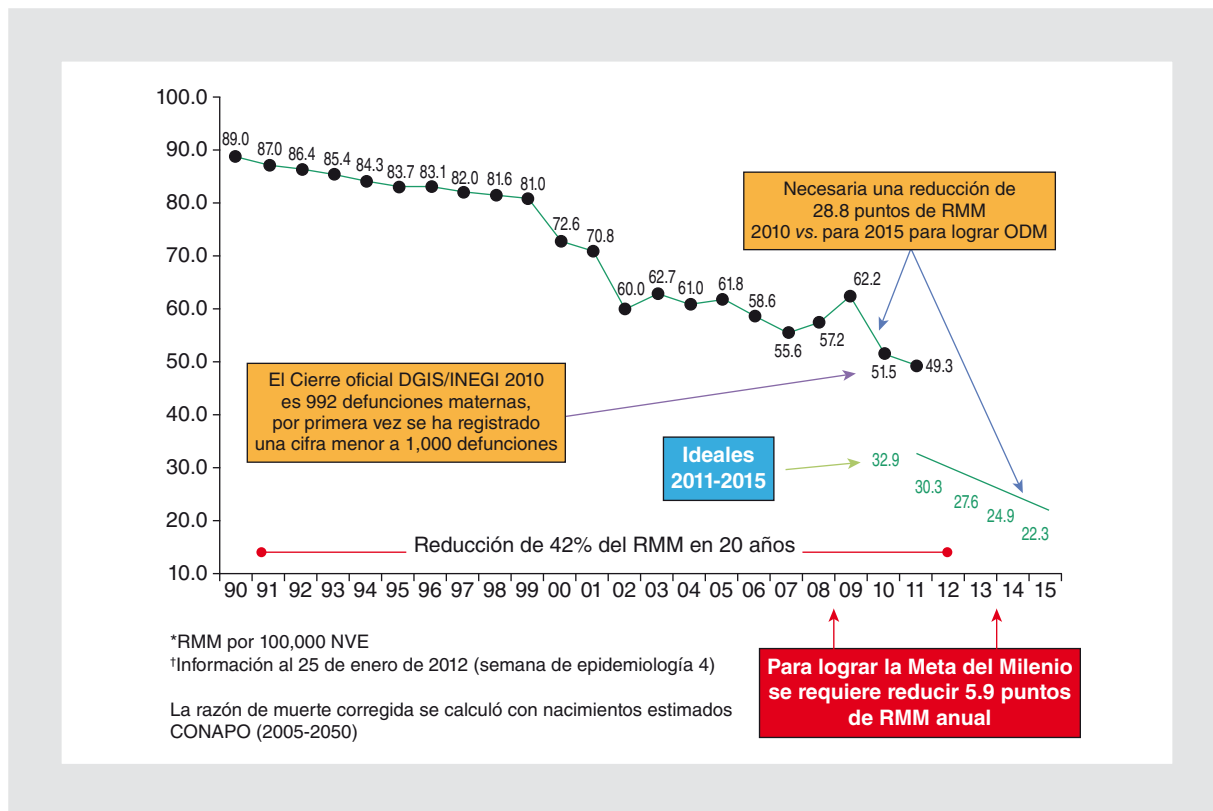


Figura 1. RMM*. Estados Unidos Mexicanos 1990-2011†. RMM: razón de muerte materna; INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; SSA: Secretaría de Salud; CONAPO: Consejo Nacional de Población (adaptado de 1990-2010, INEGI-SSA/DGIS, SSA).

Situación actual en México

Dada la importancia que tiene la mortalidad materna en nuestro país y que muchos de los padecimientos en la etapa adulta tienen relación con un inadecuado cuidado del desarrollo físico y emocional durante la infancia, abordaremos inicialmente en este artículo el binomio madre-hijo.

En relación con la mortalidad materna, esta ha disminuido muy lentamente, de tal forma que en el año 2001 se tenía una mortalidad de 60/100,000 recién nacidos vivos (RNV), y en 2010 solo disminuyó a 51.5; es decir, solamente 9.5 puntos. Para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio, se necesitaría de una reducción en los próximos 5 años de por lo menos 28 puntos, los que parecen muy difíciles de alcanzar (Fig. 1).

Las causas de mortalidad materna, tanto en los estados de la República como en la Ciudad de México, son prácticamente las mismas (Fig. 2). Desgraciadamente, la mayoría de las muertes maternas se dan en los hospitales de segundo nivel, debido a la falta de control prenatal o a un control prenatal deficiente, aunque no podemos desdeñar que algunas de esas muertes

son también debidas a impericia en su atención (10.8% a nivel nacional).

En este contexto, queda claro que no nos podemos sustraer al hecho de que la atención de la mayor parte de los partos se lleva a cabo en el segundo nivel de atención médica en nuestro país. Por lo anterior, algunos de los procedimientos que han mostrado su bondad para prevenir algunas de las causas de mortalidad materna pueden ser aplicados en los hospitales anteriormente mencionados, mediante programas específicos de capacitación. Tal es el caso de una nueva técnica desarrollada en el Instituto Nacional de Perinatología, con la cual se puede prevenir la hemorragia de las arterias uterinas⁴. También, en las comunidades más marginadas, estudios ultrasonográficos servirían para detectar cambios en las arterias uterinas, que se han relacionado con una reducción significativa de preeclampsia. Aunque algunos estudios han mostrado solo un pequeño efecto en la prevención de esta entidad nosológica utilizando dosis bajas de aspirina, otros señalan un importante decremento con el uso de este medicamento⁵⁻⁷. Con base en lo anterior, es posible observar cómo la atención especializada de un Instituto Nacional de Salud puede trasladarse

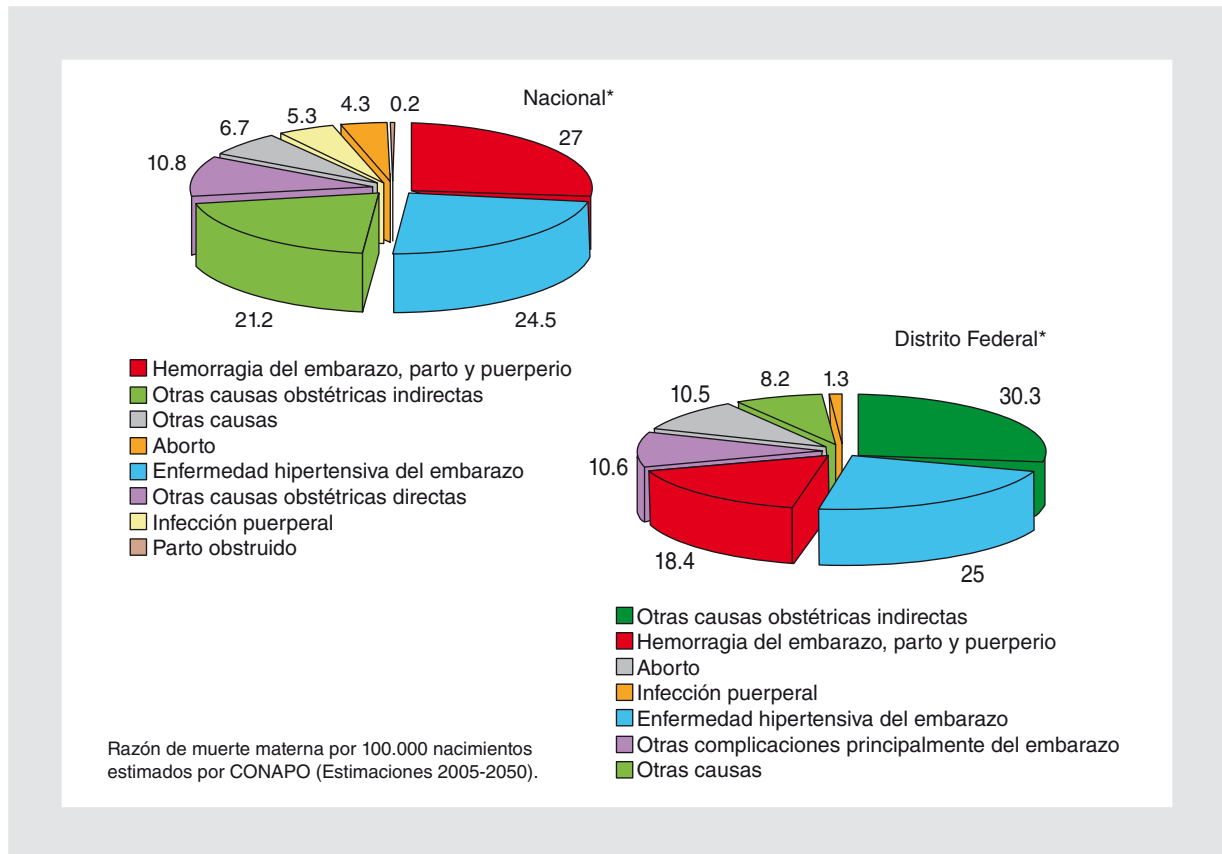


Figura 2. Porcentaje de causas de muerte materna a nivel nacional y Distrito Federal 2010*. RMM: razón de muerte materna; CONAPO: Consejo Nacional de Población (adaptado de Plataforma DGE/* hasta el 25 de enero de 2012).

a hospitales de segundo nivel y apoyar así la disminución más rápida de la mortalidad materna.

En este contexto, el Instituto Nacional de Perinatología, dentro del proyecto «Hacia una nueva generación de mexicanos» (véase más adelante), ha adaptado cédulas con base en los criterios desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS para detectar embarazos de mediano y alto riesgo, que pueden ser aplicadas desde el primer nivel de atención.

Estudios recientes han mostrado cambios importantes en los micronutrientes que la mujer embarazada debe recibir para asegurar la buena nutrición, tanto de ella como del bebé en desarrollo⁸⁻¹¹. Por lo anterior, el Instituto Nacional de Perinatología ha propuesto una nueva fórmula para este propósito que incluiría vitamina A, vitamina D, complejo B y selenio, entre otros micronutrientes (Tabla 1).

Con relación a la mortalidad infantil en México, esta ha disminuido en forma importante en los últimos 25 años, y en el momento actual se encuentra en 14.2/1,000 RNV, y cumplirá, con ello, la Meta de Desarrollo del Milenio

en este rubro; sin embargo, aún está por encima de países como Costa Rica, Chile y Cuba en Latinoamérica. Muchos de estos logros se han conseguido por acciones específicas de salud pública, a pesar de que no se ha incidido lo suficiente en padecimientos congénitos, los que se encuentran entre las primeras causas de mortalidad infantil (Fig. 3). En este contexto, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad ha comenzado un programa para atender, en primer lugar, los retrasos en la atención quirúrgica de padecimientos cardiológicos congénitos en algunos Institutos Nacionales, como son el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Cardiología. Este programa se inició con el apoyo del Seguro Popular en marzo del presente año, y participarán, entre otros, los equipos de cirugía cardiotorácica de estas instituciones; con él se operará a más de 500 niños al terminar el mes de noviembre de 2012.

De la misma manera y dentro de este mismo contexto, el Hospital Infantil de México Federico Gómez

Tabla 1. Esquema de suplementación múltiple de micronutrientes recomendada para mujeres mexicanas (análisis de la evidencia)

Micronutriente	Dosis recomendada
Vitamina A (mg)*	800
Vitamina D (UI)	1,000
Vitamina E (mg)	10
Folato (mg)	600
Vitamina B ₁ (mg)	1.2
Vitamina B ₂ (mg)	1.2
Vitamina B ₃ (mg)	1.4
Vitamina B ₆ (mg)	1.6
Vitamina B ₁₂ (mg)	2.2
Vitamina C (mg)	100
Yodo (mg)*	100
Hierro (mg)	30
Zinc (mg)	15
Selenio (mg)	60

*Reducción del riesgo de bajo peso al nacimiento.

ha contribuido a disminuir la mortalidad infantil y ciertas morbilidades, al realizar 81 trasplantes de hígado, 20 de corazón y 121 implantes cocleares, convirtiéndose, en estos temas, en líder a nivel nacional. Dentro de este mismo instituto, se desarrollan técnicas altamente especializadas de ingeniería de tejido autólogo de uretra, resolviendo complejos problemas de su anatomía al nacimiento o de lesiones adquiridas durante la vida. Estos resultados han sido publicados recientemente en revistas internacionales de alto impacto¹².

Otro factor que influye en la mortalidad infantil en nuestro país es la incidencia de bajo peso al nacer, la que a nivel nacional es de 8.4%, con las consecuencias señaladas previamente, a las que se puede agregar la aparición de membrana hialina. En algunos Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad se trata esta condición con surfactante, medicamento de alto costo, pero que salva la vida del paciente. Algunos Institutos Nacionales intervienen para disminuir la mortalidad infantil a través de la influencia que ejercen para la prevención del bajo peso al nacer y la prematuridad. La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad ha desarrollado, en colaboración con el

Instituto Nacional de Perinatología, el proyecto «Hacia una nueva generación de mexicanos», con el que se ha estructurado una intervención sencilla y replicable que fortalece la calidad del control prenatal, mejorando las condiciones de salud de la madre y del recién nacido. Este proyecto incide en las complicaciones que el bajo peso del bebé provoca fundamentalmente sobre su desarrollo y actividad intelectual. Para atenuar este impacto, destaca la participación del Instituto Nacional de Pediatría mediante su Programa de neurodesarrollo y estimulación temprana.

Obesidad y salud

Como se señaló previamente, los grandes problemas que se padecen desde el nacimiento, como son el bajo peso al nacer, la prematuridad y el sobrepeso, repercuten sobre el estado de salud en la edad adulta. Existe actualmente evidencia científica que demuestra que estos factores predisponen, desde la infancia, a la producción de síndrome metabólico, con sus consecuencias futuras sobre el endotelio vascular y las alteraciones que provoca en el funcionamiento de diferentes órganos y sistemas como la retina, el riñón, el corazón y el sistema nervioso central. La OMS ha reportado que mueren prácticamente 4,000 personas/h como resultado de estas complicaciones¹³. Independientemente de la predisposición genética, la transición nutricional que se ha observado en los países de América Latina ha contribuido de manera determinante con el desarrollo de este problema.

La globalización de los mercados de alimentos y las implacables campañas comerciales para impulsar su consumo son algunos de los elementos que han intervenido, sin lugar a dudas, en el fenómeno de transición nutricional, que ha venido a modificar los hábitos y costumbres de diversas sociedades en el mundo; a tal grado que, en sociedades tan cerradas como la perteneciente al municipio indígena de los chamulas, las bebidas gaseosas, con su alto contenido calórico, han venido a sustituir bebidas centenarias como el *posh*, que es un fermento del maíz que era tradicional para esa población. Desafortunadamente, la evolución de la sociedad, además de haber transformado los hábitos en cuanto a alimentos, ha influido en la vida de las personas, las que físicamente se encuentran cada vez menos activas al contar con comodidades, resultado de los avances científicos y tecnológicos como son la televisión, la computadora y los diferentes medios electrónicos de comunicación.

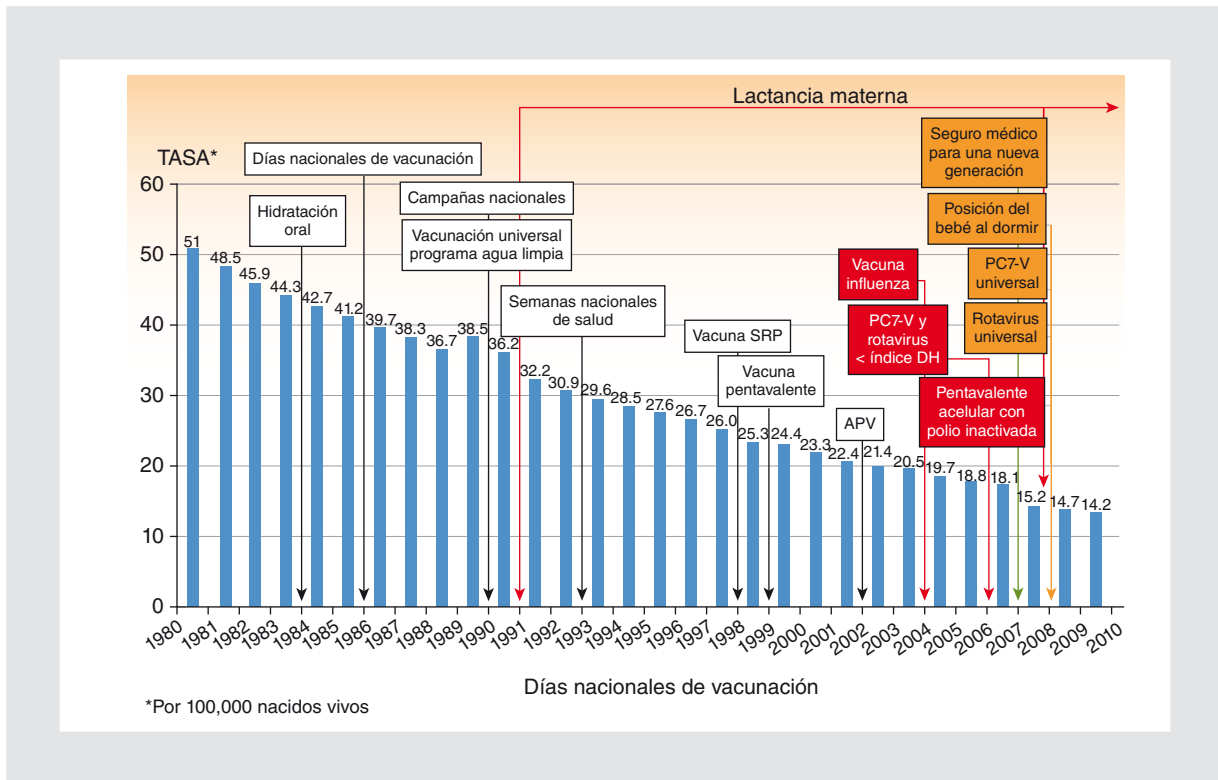


Figura 3. Mortalidad en menores de 1 año. México (1980-2010). CONAPO: Consejo Nacional de Población (adaptado de secretaría de Salud/SEED y CONAPO).

En México, por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de obesidad en los últimos 7 años ocurre en todos los grupos de edad, pero afecta de manera muy especial al 26% de los escolares entre los 5-11 años, y señala que uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes padecen de sobrepeso u obesidad. En los adultos, en cambio, esta alteración se presenta en el 71.9% de las mujeres y en el 66.7% de los hombres después de los 20 años, considerando que su prevalencia se incrementa con la edad hasta los 60 años. Como resultado, de manera paralela se desarrollan enfermedades crónicas como diabetes *mellitus* (DM) y sus complicaciones, así como hipertensión arterial sistémica, entre otras.

En el caso de la DM, su prevalencia se ha incrementado del 7.5 al 14.4% en los últimos años y la hipertensión arterial sistémica del 30.7 al 40%, por lo que las complicaciones crónicas de estas dos entidades nosológicas, la incapacidad física que producen y su desenlace van en aumento. Una de las complicaciones más severas que producen estas dos enfermedades es por la incapacidad que ocasiona, y su elevada mortalidad, la insuficiencia renal crónica. Por otro lado, la DM es la primera causa de ceguera adquirida,

amputaciones de miembros no accidentales y de enfermedad renal crónica. Con base en lo anterior, se considera que la diabetes y la hipertensión arterial sistémica se encuentran entre las primeras causas de muerte en nuestro país (Fig. 4).

De hecho, de los 129,472 pacientes que en etapa terminal de insuficiencia renal requieren de tratamiento dialítico en México, menos de la mitad pueden ser sometidos a este procedimiento; situación que en forma conservadora crece cada año por lo menos un 10%. Ante estas circunstancias, J. Tamayo, en conjunto con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, ha desarrollado el proyecto titulado «Tamizaje de la enfermedad renal crónica en pacientes de alto riesgo, basado en el programa KEEP». La importancia fundamental de este programa estriba en detener el deterioro renal durante las primeras tres etapas de su evolución, lo que, al permitir la recuperación de la nefrona, evita o por lo menos retarda la evolución natural de la enfermedad. Lo anterior ejerce una influencia directa sobre los factores predisponentes que se han venido tratando hasta este momento como son la obesidad, la diabetes y la hipertensión. La idea

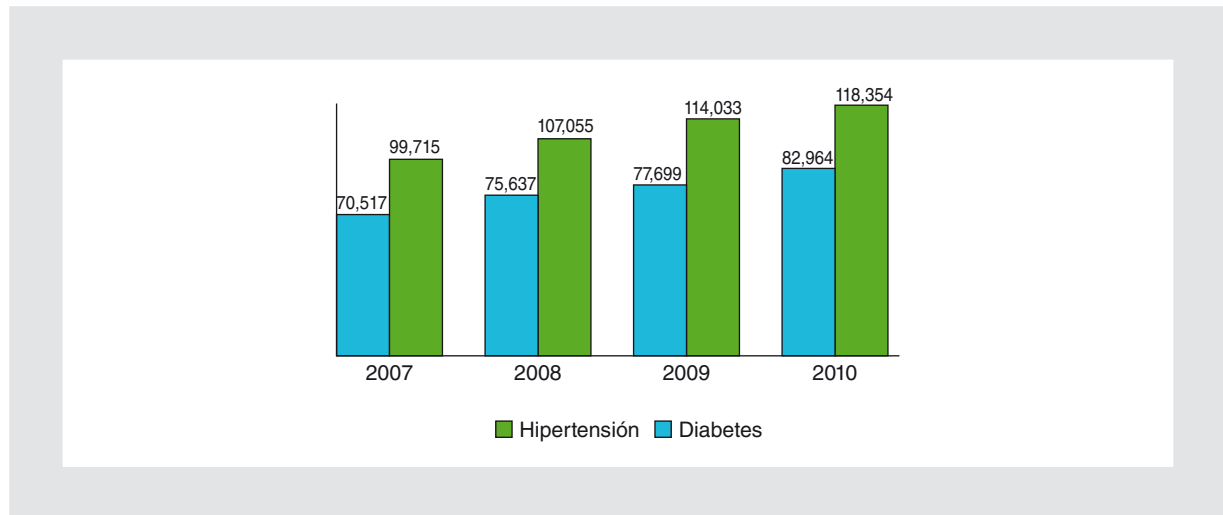


Figura 4. Defunciones por diabetes e hipertensión. 2007-2010. leyenda (adaptado de Fuente: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html>).

fundamental consiste en conformar una red estratégica de servicios de salud integrada por niveles de atención, que incluye la capacitación de médicos generales en la detección oportuna y atención temprana de esta entidad nosológica.

En el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas se ha involucrado a la inmunogenética en la medicina translacional, al conjuntar la inmunología y la genética en tres campos de la medicina: los trasplantes de órganos, los mecanismos de las enfermedades autoinmunes y las neoplasias, con lo que ha logrado individualizar tratamientos con base en la genética del paciente y su respuesta al tratamiento convencional. De la misma manera, en el Instituto Nacional de Neurología se ha desarrollado un sistema endovascular para el tratamiento de aneurismas y fístulas endocraneanas mediante el uso de *stents*, con los que, sin una intervención neuroquirúrgica, además de salvar la vida del paciente, mejora enormemente su calidad de vida.

En el campo de las complicaciones relacionadas con la circulación coronaria, dentro del Instituto Nacional de Cardiología se aborda el estudio de estas enfermedades, demostrando los polimorfismos del gen de la interleucina 1 como factor de riesgo de insuficiencia coronaria en la población mexicana, así como el riesgo que implica la ingesta de fructosa para el desarrollo de hipertensión arterial sistémica. Además, los investigadores de este instituto están sumamente interesados en la fisiología y fisiopatología del endotelio vascular, tratando de resolver problemas como la aterosclerosis, la hipercolesterolemia y las alteraciones en la perfusión sanguínea.

Cáncer: un problema creciente

Casi 8 millones de pacientes mueren anualmente en el mundo como consecuencia de una neoplasia maligna, fundamentalmente a nivel de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. Se han demostrado distintos factores de naturaleza conductual y dietética, capaces de incrementar la incidencia y la prevalencia de cáncer en la población mundial, como son la elevación en el índice de masa corporal, una baja ingesta de frutas y verduras, el sedentarismo, la inhalación de tabaco y el consumo de alcohol. De hecho, es precisamente el tabaquismo el factor que se ha considerado como de más alto riesgo, ya que provoca en el mundo el 22% de las muertes por cáncer en general y el 71% de las muertes por cáncer pulmonar. Las infecciones virales por virus de la hepatitis B y C y el papiloma virus son también responsables del 20% de la mortalidad por cáncer en los países de ingresos bajos y medios, considerando que el 70% de las muertes por cáncer a nivel mundial provienen de este mismo grupo poblacional^{14,15}.

En México, el cáncer ocupa la tercera causa de muerte, lo que representa el 13.7% de la mortalidad anual. El promedio de edad con la que mueren este grupo de pacientes es de 63 años, aunque el 43% de este grupo se encuentra entre los 25-65 años de edad¹⁶. En el Instituto Nacional de Cancerología, por ejemplo, se atienden diariamente en la consulta externa 1,000 pacientes, además de practicar de 12-15 cirugías; de hecho, este instituto, con tan solo 119 camas, hospitaliza 7,000 pacientes, realiza casi

90,000 estudios de imagenología, aplica 46,000 sesiones de radioterapia y 36,000 de quimioterapia cada año. Es importante señalar que una gran proporción de los tratamientos mencionados están coordinados con los protocolos de manejo del *MD Anderson* en Houston, Texas, EE.UU.

Los alcances del conocimiento generado en este instituto, además de abarcar a la Ciudad de México, se extienden, a través de una red de centros oncológicos, a casi todos los estados de la República, los que se ven fortalecidos por oncólogos y radioterapeutas que, con sus conocimientos, contribuyen a mejorar la salud de la población. Es en esta forma como sus investigadores han desarrollado, por ejemplo, una nueva técnica de femorocementoplastia percutánea para casos de osteoporosis con alto riesgo de fractura de cuello de fémur y de cuerpos vertebrales, provocada por metástasis de cánceres de próstata, pulmón, mama, riñón, mieloma y otros. También, mediante la evaluación de moléculas huérfanas, han propiciado la generación del primer medicamento oncológico en México, denominado *trankrip*, que es el resultado de la combinación de valproato de magnesio y clorhidrato de hidralazina, que sirve como terapia epigenética dirigida contra blancos moleculares en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino, testicular y algunas enfermedades linfoproliferativas. En forma paralela, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) tiene un Programa nacional contra el tabaquismo y desarrolla investigación respecto a la expresión de moléculas de adhesión en las células cancerosas.

Otros aspectos de salud global y atención especializada

La prevalencia de enfermedad respiratoria en el mundo es tan elevada que abarca a 300 millones de pacientes con asma bronquial, 80 millones con EPOC y más de 100 millones de pacientes con apnea del sueño. De hecho, de acuerdo con la OMS, la EPOC ocupa la sexta causa de muerte en el mundo, después de enfermedades como la isquemia miocárdica, la enfermedad vascular cerebral y la insuficiencia renal crónica, y se predice que para el año 2020 ocupará el quinto lugar.

En México, la EPOC afecta a 2 millones de habitantes, y, de acuerdo con el INER, es la causa principal de muerte de más de 17,000 hombres y mujeres al año, provocando más muertes que las que ocasionaron en su conjunto la enfermedad por VIH, el cáncer de mama, el de próstata y el cervicouterino. Por otro

lado, una de las causas más importantes de esta enfermedad crónica y que se ha asociado a la presencia de cáncer broncogénico es precisamente el tabaquismo, el cual representa, en costos, entre el 8-15% del gasto en salud, sin soslayar el hecho de que las infecciones respiratorias agudas son la causa más frecuente de consulta en prácticamente todos los países del mundo. En respuesta a esta enorme problemática, el INER propone el Programa acción integrada por la respiración (AIRE), dirigido a integrar los programas relacionados con las infecciones respiratorias agudas, el asma, la EPOC y los problemas respiratorios provocados por otras enfermedades pulmonares, cuya estrategia final reside en reforzar acciones preventivas con relación al aire limpio, tabaquismo, vacunación y salud en general, optimizando los recursos existentes.

La salud mental, por otro lado, es sin duda alguna uno de los trastornos que impactan considerablemente, tanto la expectativa como la calidad de vida, y que comparten patrones comunes con la población mundial. El incremento en la prevalencia e incidencia de estos trastornos ocupa ya el segundo lugar en la carga de enfermedad medida por días vividos sin salud y mortalidad prematura; el abuso de alcohol, las violencias y las demencias aparecen dentro de los 10 primeros lugares; el índice de personas que intentan suicidarse o que se suicidan y las que padecen adicciones ha aumentado, afectando especialmente a los jóvenes. La enfermedad mental repercute, también, en el curso de otras enfermedades de naturaleza crónica como el cáncer, e interactúa de manera negativa con la pobreza. De la misma manera, los niños y los jóvenes víctimas de violencia son susceptibles de padecer enfermedades mentales y de volverse en un futuro violentos.

En México, uno de cada cuatro mexicanos entre los 18-65 años de edad tiene una historia de problemas psiquiátricos, pero solo uno de cada cinco recibe tratamiento. Ante estas circunstancias, el Instituto Nacional de Psiquiatría, además de participar a nivel internacional con la Encuesta Mundial de Salud Mental en población adulta, ha desarrollado proyectos de redes de orientadores, basados en modelos de intervención dirigidos a grupos de alto riesgo en cuanto al consumo de drogas, y participa, además, en modelos de intervención para la atención primaria de la salud mental en la población indígena. Uno de los alcances más importantes que ha tenido este instituto con relación a la población es su investigación sobre el desarrollo de una vacuna antiadictiva contra la morfina y la heroína, la que se encuentra en la fase de estudio toxicológico. En sus laboratorios, también se ha analizado el uso de

un flavonoide con actividad antinociceptiva, la que es muy prometedora para el tratamiento del dolor neuropático.

La investigación que, tanto a nivel molecular como a nivel clínico y epidemiológico, desarrollan los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, está dirigida a resolver los problemas de salud más apremiantes de nuestra población, abarcando desde las enfermedades agudas que afectan a la infancia hasta las enfermedades crónicas que incapacitan y alteran la expectativa y calidad de vida de los mexicanos.

Bibliografía

1. Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl Med J*. 2008;359:262-73.
2. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to childhood. *Lancet*. 2008;371:261-9.
3. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJS. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm. A meta-analysis. *JAMA*. 2002;288:728-37.
4. Zea-Prado F, Espino S, Morales-Hernández F. Pinzamiento vaginal de arterias uterinas en hemorragia puerperal: técnica Zea para control de hemorragia obstétrica. *Perinatol Reprod Hum Mex*. 2011;25:54-6.
5. Trivedi NA. A meta-analysis of low-dose aspirin for prevention of preeclampsia. *J Postgrad Med*. 2011;57:91-5.
6. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2010;116(2Pt 1):402-14.
7. Coomarasamy A, Honest H, Papaioannou S, Gee H, Saeed KK. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2003;101:1319-32.
8. Kavacs CS. Vitamin D in pregnancy and lactation: maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies. *Am J Clin Nutr*. 2008;88(Suppl):520-8.
9. Simpson JL, Bailey LB, Pietrzik K, Shane B, Holzgreve W. Micronutrients and women of reproductive potential: required dietary intake and consequences of dietary deficiency or excess. Part I: Folate, vitamin B12, vitamin B6. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010;23(12):1323-43.
10. Simpson JL, Bailey LB, Pietrzik K, Shane B, Holzgreve W. Micronutrients and women of reproductive potential: required dietary intake and consequences of dietary deficiency or excess. Part II: Vitamin D, vitamin A, iron, zinc, iodine, essential fatty acids. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24(1):1-24.
11. Mistry HD, Williams PJ. The importance of antioxidant micronutrients in pregnancy. Publicación en línea. Doi: 10.1155/2011/841749.
12. Raya-Rivera A, Esquilano DR, Yoo JJ, López-Bayghen E, Soker S, Atala A. Tissue-engineered autologous urethras for patients who need reconstruction: an observational study. Publicación en línea. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)62354-9.
13. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. Ginebra, 2009. p. 2.
14. World Cancer Research Foundation. Food, nutrition, physical activity; and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, D.C., 2007. p. 4-29.
15. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva N.º 297. Publicación en línea. 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
16. Patrón Epidemiológico de Cáncer en México. Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).

Innovaciones para la transformación de los sistemas de salud

Roberto Tapia-Conyer*, Héctor Gallardo-Rincón y Rodrigo Saucedo-Martínez

Instituto Carlos Slim de la Salud, México, D.F.

Resumen

La prevalencia creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tiene un impacto importante en los sistemas de salud al demandar costos de la atención insostenibles y disminuir la calidad de vida de las personas. El Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), una organización sin fines de lucro, desarrolló el modelo Casalud para llevar a cabo un proceso de reingeniería de las unidades de salud en el primer contacto en alianza con los gobiernos de los estados, mejorando la eficiencia de su quehacer y vinculándola al hogar aprovechando las distintas plataformas tecnológicas. El impacto de Casalud se traduce en el fortalecimiento de la oferta de servicios y el incremento de la demanda oportuna de atención. Actualmente opera en siete estados con miras a su expansión.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades crónicas no transmisibles. Primer nivel. Tecnologías. Eficiencia.

Abstract

The increasing prevalence of non-communicable diseases (NCDs) has impacted the health systems by demanding unbearable costs of care and diminishing people's quality of life. The Instituto Carlos Slim de la Salud, a non-profit organization, has developed the model Casalud to convene partnerships with state governments to establish a reengineering process of primary care clinics, improving the delivery of services and leveraging on the different technological platforms to connect them with the households. The model Casalud strengthens the delivery of services and increases the timely demand of care. It is actually implemented in seven states seeking a progressive scale-up.

KEY WORDS: Non-communicable diseases. First level. Technologies. Efficiency.

Introducción

La prevalencia de las ECNT se ha incrementado de forma sensible en México. Tan solo la prevalencia de la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) llegó a 10.6% en 2007, comparado con 4% en 1993 y 5.8% en 2000. Un crecimiento similar se observa en la prevalencia de preobesidad, obesidad e hipertensión arterial^{1,2}. Cifras recientes de la Secretaría de Salud indican que 14.2% de la población vive con diabetes, si bien la mitad no lo sabe. Estas cifras nos colocarían a la cabeza en América Latina (Tabla 1).

La prevalencia creciente de las ECNT tiene un impacto significativo en el sistema de salud mexicano. Tan solo para la diabetes *mellitus* (DM), en 2007 el Instituto Mexicano del Seguro Social reveló, con base en la metodología de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), que el costo unitario del tratamiento de un paciente diabético mayor de 35 años cuesta \$ 22,837/año.

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes, 6 de los 10 principales factores de riesgo para desarrollar la diabetes son modificables, por lo que la enfermedad es prevenible³. Dentro de estos factores, la obesidad es el principal factor para prevenirla. Por tanto, se requiere un manejo integral de la salud, tanto en su componente preventivo como de atención temprana, incorporando componentes educativos, de fomento a la actividad física y control sistemático y continuo de los indicadores básicos de salud.

Correspondencia:

*Roberto Tapia-Conyer
Instituto Carlos Slim de la Salud
Lago Zúrich, 245
Edificio Presa Falcón, 20.º
Col. Ampliación Granada, Del. Miguel Hidalgo,
C.P. 11529, México, D.F.
E-mail: rtapiac@salud.carlosslim.org

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades crónicas en México 1993-2006

Año	1993	2000	2006
Sobrepeso (preobesidad)	38.0	38.4	39.8
Obesidad	20.9	23.7	30.8
Hipertensión arterial	26.6	30.7	30.8
Diabetes	4.0	5.8	7.0

Adaptado de Secretaría de Salud.

El nuevo modelo de atención deberá ser integral, de tal manera que privilegie la prevención y la atención en el primer contacto. Por ende, es imperativo revolucionar el paradigma actual de atención en salud en cuatro ejes:

- Transitar de un esquema de atención episódica a un esquema de atención continua.
- De un esquema de atención limitado a un espacio físico a un esquema ubicuo con alcance en el hogar y la persona.
- De las barreras a la atención a la equidad en el acceso.
- De la pasividad del paciente a la promoción de la corresponsabilidad de la persona con el sistema de salud.

La propuesta: el modelo Casalud

Consciente de esta realidad, el ICSS, una organización sin fines de lucro, desarrolló el modelo Casalud para llevar a cabo un proceso de reingeniería de las unidades de salud en el primer contacto, mejorando la eficiencia de su quehacer y vinculándola al hogar aprovechando las distintas plataformas tecnológicas. El impacto que se espera del modelo es fortalecer la oferta de servicios e incrementar la demanda oportuna de atención, impactando la cobertura de los servicios al acercar innovaciones en salud a la persona.

El modelo Casalud se implanta de manera coordinada en unidades de salud de primer contacto en alianza con los gobiernos de los estados. Para ello, el modelo Casalud se divide en cuatro pilares, siendo los dos primeros una responsabilidad del gobierno del estado con un esquema de monitoreo continuo del ICSS, y los dos restantes son llevados a cabo por el ICSS como parte de la inversión social que realice. Los primeros pilares, responsabilidad de los gobiernos de los estados, son: a) garantizar la presencia de infraestructura

física y humana apropiada, y b) asegurar el abasto adecuado de insumos y pruebas de laboratorio.

Presencia de infraestructura física y humana apropiada

Las unidades de salud deberán contar con los elementos mínimos necesarios para poder ofrecer servicios integrales de salud en prevención y atención de las enfermedades crónicas. Para ello, se asegura la presencia de personal de salud con un enfoque multidisciplinario, y se verifica que la unidad de salud cuente con la capacidad instalada necesaria como el equipo médico básico (baumanómetro y glucómetro, entre otros) y equipo de cómputo que facilite la implantación de las distintas innovaciones del modelo Casalud.

Abasto adecuado de insumos y pruebas de laboratorio

Las unidades de salud deben asegurar el acceso continuo a los medicamentos y pruebas de laboratorio necesarias para la atención y monitoreo de las enfermedades crónicas. Estos medicamentos están debidamente documentados en las guías de práctica clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) de la Secretaría de Salud, y en la normatividad vigente. Se observó que el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Seguro Popular (SP) no abarca su totalidad, por lo que es necesario visitar este catálogo⁴.

Para garantizar la presencia del equipo de salud con enfoque multidisciplinario, que se cuenta con la capacidad instalada suficiente para la atención de las enfermedades crónicas y que haya un acceso continuo e irrestricto a los medicamentos y las pruebas de laboratorio, se desarrolló un sistema de monitoreo en línea con actualización continua, en el cual las unidades de salud ingresan el estado actual que guardan sus unidades en estos ejes. Parte del quehacer del ICSS es dotar de información precisa y transparente a los estados sobre el desempeño de sus unidades de salud, por lo que los resultados de la información ingresada por las unidades se sintetizan en un reporte ejecutivo que se comparte con las autoridades de los servicios de salud y con las mismas unidades de salud.

Una vez que se garantice el cumplimiento de estos dos pilares, el ICSS invierte y participa en la implantación de los otros dos: a) fortalecer el capital humano,

y b) asegurar la implantación de las innovaciones tecnológicas.

Fortalecimiento del capital humano

Se desarrolló una plataforma virtual que permite que los profesionales de la salud y el personal comunitario de las unidades de salud en el primer contacto puedan tomar el Diplomado en Prevención y Atención Integral de las Enfermedades Crónicas, con el aval académico de la Academia Nacional de Medicina y de CONAMEGE. A través de este Diplomado, el personal de salud recibirá información actualizada y práctica sobre el abordaje integral de las enfermedades crónicas, incluyendo la prevención, detección oportuna, tratamiento integral y referencia de la obesidad, DM, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y la dislipemia.

Este curso está estratificado en tres niveles como sigue: a) módulo esencial, mismo que es cursado por todo el personal de salud con un énfasis en el modelo educativo, la atención comunitaria y las estrategias de prevención y detección oportuna; b) módulo resolutivo, mismo que debe ser cursado por médicos y enfermeras y que considera la atención oportuna, y, por último c) módulo integral dirigido a los médicos con un énfasis importante en el componente clínico. Si bien el Diplomado se divide en estos tres niveles, el personal de salud puede optar por tomar uno o dos módulos adicionales para incrementar su nivel de conocimientos y su capacidad resolutiva en las unidades de salud.

Uno de los elementos cruciales del fortalecimiento de capital humano es asegurar que el aprendizaje adquirido en el Diplomado se traduzca en una mejor calidad de la atención y una mayor capacidad resolutiva. Por ello, el ICSS lleva a cabo el taller «Abordaje integral de las enfermedades crónicas», con una duración de 40 h, y contempla diversas estrategias que faciliten a los profesionales de la salud implantar estrategias efectivas de prevención, tanto para población en situación de riesgo como para aquellos que ya viven con una ECNT. Contempla estrategias de alimentación, actividad física, apego al tratamiento en población con enfermedades crónicas y las distintas innovaciones tecnológicas desarrolladas por el ICSS. Es impartido por personal con amplia experiencia en su respectiva área, y cuenta con el aval académico de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, la Federación Mexicana de Diabetes y Actívate México (Federación Mexicana de Actividad Física).

Para lograr que esta estrategia sea costo-efectiva y permita una réplica estructurada y dinámica en las unidades de salud en el primer contacto, el ICSS, en conjunto con los servicios de salud de cada estado, selecciona cuidadosamente a dos personas de cada unidad de salud, quienes participan en el taller y reciben la capacitación en estas estrategias, así como una capacitación en lograr una réplica estructurada con todo lo aquí aprendido. Las personas que reciben esta capacitación son denominadas «instructores certificados Casalud», con quienes se acuerda y determina un calendario específico de réplica.

Al concluir la réplica de los talleres, misma que se asienta en un reporte de implantación validado por el ICSS, se lleva a cabo una estrategia cruzada de verificación, donde los instructores certificados acuden a una unidad distinta para confirmar lo establecido en el reporte de implantación. Este proceso de certificación entre pares garantiza la imparcialidad en el proceso y empodera a los distintos instructores al otorgarles un liderazgo natural en la verificación. Una vez logrado lo anterior, se implantan las distintas innovaciones tecnológicas desarrolladas por el ICSS.

Implantación de las innovaciones tecnológicas

Una de las estrategias más innovadoras y costo-efectivas es el aprovechar la plataforma tecnológica que existe para proveer soluciones que faculten a la persona y a su familia a llevar un estilo de vida saludable y lograr un control adecuado de la enfermedad.

De acuerdo con las cifras más recientes publicadas por la Comisión Federal de Telecomunicaciones, a marzo de 2012, en México hay 95.6 millones de usuarios de telefonía celular, lo que significa que 85 personas de cada 100 cuentan con un teléfono celular⁵. En el caso de internet, ha habido un crecimiento importante en el sector, y hoy 31 personas de cada 100 cuentan con acceso a internet, siendo el hogar la vía más importante de acceso, con el 50% de los accesos, seguido del trabajo y los cafés internet o cibercafés. Este impacto es todavía más significativo si se considera que en el último año el crecimiento en el número de usuarios con servicio de banda ancha móvil fue del 107.3%, llegando a 8.7 millones de usuarios.

Así, la penetración de las tecnologías móviles y la convergencia tecnológica permiten un cambio en la forma en que una persona, tanto en situación de riesgo como viviendo con una enfermedad crónica, puede interactuar con el sistema de salud. A través de soluciones

innovadoras personalizadas a sus necesidades, el usuario puede ingresar información relativa a su estado de salud y recibir retroalimentación inmediata con recomendaciones puntuales para lograr una mejora en su estilo de vida y control adecuado de su enfermedad. El ICSS ofrece soluciones divididas en aquellas para el personal de salud y aquellas que son usadas directamente por la persona.

Soluciones para el personal de salud

Se cuenta con dos soluciones específicas encaminadas a brindar información actualizada sobre la normatividad vigente, así como herramientas que mejoran la práctica durante la consulta y facilitan la detección oportuna de enfermedades crónicas.

La primera solución se denomina Portafolio Digital, y se ofrece a través de un *Universal Serial Bus* (USB). En ella, el personal de salud podrá tener acceso a las guías de práctica clínica del sector salud, la normatividad vigente aplicable al primer contacto, el CAUSES del SP y a diversas herramientas desarrolladas por el ICSS como calculadoras de riesgo y de comunicación educativa. El Portafolio Digital está sujeto a un proceso de mejora continua, y las innovaciones que se generan, así como las actualizaciones, pueden ser descargadas en línea desde cualquier parte.

Por otro lado, el ICSS ha desarrollado medición integrada para la detección oportuna (MIDO®), una metodología operativa que facilita y sistematiza la detección de enfermedades crónicas en el primer contacto. Adicionalmente, y en sintonía con el concepto de preobesidad de la Organización Mundial de la Salud, por primera vez se hace un énfasis en el tratamiento oportuno de las personas que se encuentran en situación de riesgo, denominado PRE (prediabético, preobeso, prehipertenso), que prevenga que desarrollen la enfermedad, mejorando su calidad de vida y reduciendo la carga financiera para los sistemas de salud.

El MIDO® consiste en un tamizaje de tres pasos a toda persona mayor de 40 años; en el paso 1 se aplica un cuestionario de detección de factores de riesgo para conocer antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónicas y saber si ya vive con alguna enfermedad crónica, además de detectar obesidad (o preobesidad) e hipertensión arterial (o prehipertensión arterial). Según los resultados que se obtengan, una persona será tamizada para la detección de DM2 (o prediabetes) y, por último, mediante la estimación de la tasa de filtración glomerular, conocer si tiene enfermedad renal crónica (ya sea en una etapa temprana o media).

El MIDO® ha sido operacionalizado mediante dos estrategias: en el centro de salud y en la comunidad. Para el primero, se ha desarrollado el carro MIDO®, en el que todo el instrumental y los insumos necesarios para el tamizaje se concentran, permitiendo al personal de salud realizar en un solo sitio el tamizaje MIDO®. Además, se desarrolló el sistema de información SI-MIDO®, en el que el personal de salud podrá dar un seguimiento sistemático a las personas. La segunda estrategia en la comunidad puede realizarse implementando una unidad móvil MIDO®, que facilite la realización de jornadas de salud en la comunidad, acercando los servicios de salud a la persona.

Soluciones para facultar a la persona

Se cuenta con tres soluciones específicas: a) ViveSanoNET, para la promoción de los estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades crónicas; b) Diabediario, para apoyar a las personas que viven con DM2 a lograr un control de su enfermedad, y c) App MIDO®, para que cada persona desde su hogar pueda detectar, de manera sistemática y oportuna, una enfermedad crónica.

ViveSanoNET es una solución tecnológica en la que convergen el teléfono celular y el internet, que da herramientas a la persona para que logre un estilo de vida saludable y actúe para prevenir una enfermedad crónica. Contempla una estrategia de tamizaje progresivo en el que la persona recibe recomendaciones personalizadas acorde con su nivel de riesgo. Adicionalmente, puede dar seguimiento a sus indicadores de salud a través de internet en una página segura. Así, sin importar el lugar en el que se encuentre, la persona podrá continuar cuidando su salud.

Diabediario es una solución tecnológica orientada a dar herramientas a la persona que vive con DM para lograr un apego a su tratamiento y, con ello, mejorar su control metabólico, prevenir complicaciones y tener una buena calidad de vida. Cuenta con diversas herramientas, entre las que destacan los recordatorios de toma de medicamentos y consultas en su centro de salud, una plataforma educativa para que conozca más sobre su enfermedad, y una semaforización de su estado de salud tal que la persona hace uso de la telemetría e ingresa información sobre su peso, glucosa, presión arterial o sus resultados de laboratorio y recibe una respuesta inmediata indicando su nivel de riesgo y una recomendación puntual para atenderse en caso de que sea necesario. La información de todos sus indicadores de salud puede monitorearla en una página de internet.

Por último, la App MIDO® es una aplicación que funciona en un teléfono celular tipo *smartphone*, en la cual se invita a la persona a que, de manera progresiva, se mida y valore su estado de salud respecto a vivir con obesidad, DM, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica e hipercolesterolemia. Adicionalmente, puede monitorear la evolución de su estado de salud a través de gráficos sencillos que le permiten ver en una vista si ha mejorado o no.

Resultados

La implantación del modelo Casalud ha dado luz importante sobre el desempeño que tienen las unidades de salud en el primer contacto. Al día de hoy se ha implantado el modelo en 36 unidades de salud de primer contacto en siete entidades federativas. Destaca lo siguiente:

- Siete de cada 10 personas que laboran en las unidades de salud reportan no haber recibido una capacitación formal de este tipo desde su graduación.
- La cobertura real de la población atendida respecto de la población de influencia oscila entre 3-7%.
- Solo una de cada tres unidades cuenta con todos los medicamentos y acceso real a exámenes de laboratorio verificable en expediente. Un análisis posterior reveló que hay inconsistencias severas en la cadena de suministro de medicamentos. El personal de farmacia hace una solicitud de abasto de medicamento con base en el surtimiento diario de recetas. Los registros de solicitudes de medicamentos de las unidades de salud se agregan en una solicitud; sin embargo, el monto de medicamentos no necesariamente coincide con la suma de las necesidades de cada unidad. Por último, el distribuidor hace entrega de los medicamentos, siendo estas cantidades distintas a las dos primeras solicitudes. Estas inconsistencias se agravan aún más cuando se observa que los esquemas de suministro difieren mucho entre los estados.
- Solo una de cada cinco unidades de salud cuenta con computadora en todos los consultorios.
- A pesar de estos resultados, el 89% de las unidades reportan contar con acreditación del SP, lo que sugiere que el proceso de acreditación no está traducándose en una mejora en la oferta de servicios.

Reflexión

El incremento de la carga de la enfermedad en obesidad, DM, hipertensión arterial y enfermedad renal obliga al sistema de salud en México a repensar su actual modelo de atención en salud. Debe migrarse hacia un sistema que privilegie la prevención y la atención oportuna, que transite hacia esquemas de monitoreo continuo, y que tenga alcance en el hogar.

El modelo Casalud desarrollado por el ICSS es un esfuerzo innovador de integrar, bajo el mismo concepto, una propuesta que al mismo tiempo fortalezca la oferta de servicios y promueva un incremento en la demanda aprovechando la convergencia tecnológica.

Los resultados encontrados nos obligan a reflexionar sobre el papel que está jugando el esquema actual de financiamiento y acreditación de unidades de salud de primer contacto. Bajo el esquema de acreditación actual, no es posible conocer en todo momento su desempeño real. Es menester aprovechar los distintos avances tecnológicos y transitar hacia un esquema de monitoreo continuo del desempeño, amén de contar con mejores esquemas de provisión y abasto de medicamentos y exámenes de laboratorio.

Adicionalmente, la transferencia de recursos del SP hacia los estados para el financiamiento del tratamiento de una persona que vive con una ECNT se hace considerando un gasto per cápita. El monto se define en un modelo actuarial que considera distribuciones estadísticas sobre una base poblacional, independientemente de la necesidad real de cada persona. Este modelo, si bien efectivo desde el punto de vista financiero, no debe ser el punto de partida para la toma de decisión de la mejor terapia hacia un paciente. La decisión debe basarse en los esquemas más costo-efectivos que impacten en la calidad de vida de la persona. Así, es imperativo que el CAUSES responda a esta necesidad operativa.

Bibliografía

1. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
2. Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2010. *Diabetes Care*. 2010;33(Suppl). Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S11.full.pdf+html.
4. Catálogo Universal de los Servicios de Salud. Seguro Popular, 2010.
5. Sistema de Información Estadística de Mercados de Telecomunicaciones. Comisión Federal de Telecomunicaciones 2012. Disponible en: <http://siemt.cft.gob.mx/SIEM/>; último acceso 13 de junio de 2012.

El papel de las instituciones educativas en la transformación del sistema de salud en México

Enrique Graue-Wiechers*

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Resumen

Formar al médico que el país necesita para enfrentar los retos sanitarios actuales y futuros, y que sea capaz de colaborar eficazmente en la transformación gradual del sistema de salud de nuestro país es, sin lugar a duda, la vocación de cualquier escuela de medicina. La razón de la inclusión del presente tema en este simposio es el cuestionarnos si esto ha venido sucediendo y, en su caso, en qué medida las instituciones de educación médica determinan acciones y rumbos para mejor y más rápidamente conseguir la meta deseada.

PALABRAS CLAVE: Educación médica. Sistema de salud. Instituciones de educación médica.

Abstract

The vocation of any medical school is educate the physicians that the country needs to address current and future health challenges, and able to work effectively in the gradual transformation of the health system of our country. The reason for the inclusion of this topic in this symposium is to ask whether this has been happening and if has been appropriate, and if so, to what extent medical education institutions establish actions and directions for the better and more quickly achieve the desired goal.

KEY WORDS: Medical education. Health care. Medical education institutions.

La educación médica y su papel en la transformación del sistema de salud

Es en los médicos en activo de un país en quienes recaen, en forma muy importante, las acciones de promoción, prevención, atención medicoquirúrgica y rehabilitación de sus problemas de salud. De alguna manera, también corresponde a estos médicos el análisis de los sistemas de salud, de su equidad, de su eficacia y de la calidad de atención, así como de las carencias y problemas que presenta para proponer políticas públicas que lo mejoren y transformen.

Analizado así, habría que responder inicialmente que, en México, el papel de las escuelas de medicina

en la formación de profesionistas con las características descritas, solo ha sido parcialmente logrado. A ello han contribuido una gran cantidad de factores que gravitan sobre el ejercicio de la medicina.

Un sistema de salud equilibrado debe permitir una adecuada planeación de recursos humanos; las metas educativas deben corresponder a las demandas laborales, tanto en la formación del número de médicos generalistas como el de especialistas de las diferentes ramas de la medicina, y estas últimas deben responder a los requerimientos epidemiológicos que presenta una nación. Básicamente, lo anterior debe normar la carga educativa del médico o especialista en formación.

La oferta laboral (Fig. 1) debiera ser la resultante de un crecimiento organizado del sistema de salud que tome en cuenta la migración, las características de género, la necesidad geográfica de contratación, los estímulos económicos necesarios, y las jubilaciones y el retiro laboral, entre otros factores.

Correspondencia:

*Enrique Graue-Wiechers

Facultad de Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

Avda. Universidad, 3000, Circuito Interior, Edificio B, 2.º piso

Ciudad Universitaria, C.P. 04510, México, D.F.

E-mail: graue@servidor.unam.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

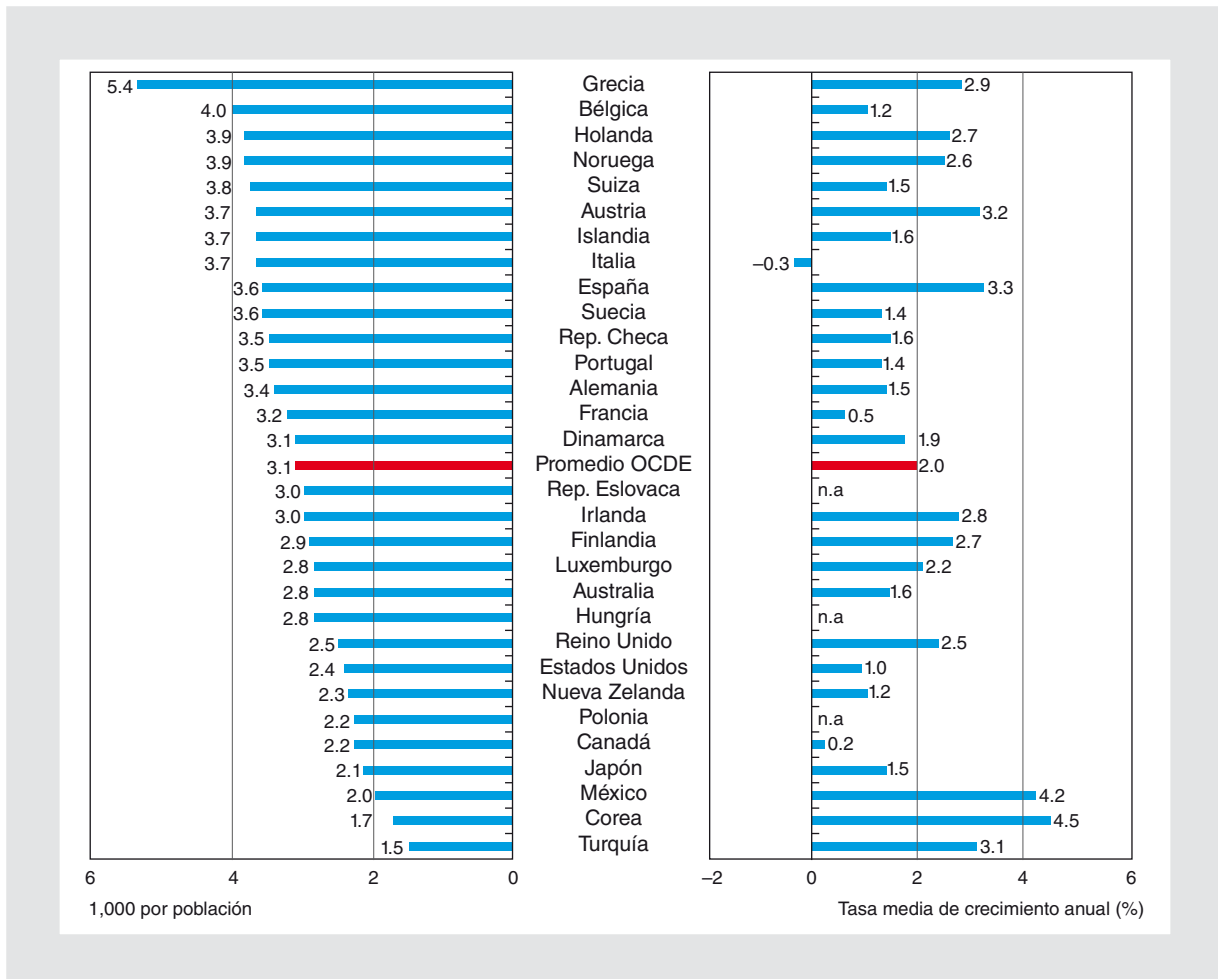


Figura 1. Médicos practicantes por cada 1,000 habitantes. 2009 y el cambio de 2000-2009 (adaptado de Health at a Glance 2009: OECD indicators).

Así, el mercado laboral bien definido, las necesidades de prevención, atención médica y rehabilitación de acuerdo con el perfil epidemiológico del país normarían la construcción de los distintos programas de estudio y la formación de médicos y de la fuerza laboral en salud¹.

Pero en México esto no ha sucedido. Tenemos un sistema fragmentado en la prestación de servicios de salud donde cada uno de ellos demanda distintos modelos de atención primaria². Tenemos también un déficit de médicos por una mala distribución geográfica, consecuencia lógica de la limitación de oportunidades de crecimiento social en las zonas marginadas y de una política de contratación incierta. A pesar de ello, el aumento de las escuelas de medicina en el país ha producido una mayor cantidad de médicos y, de hecho, somos porcentualmente uno de los países, dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que mayor proporción de crecimiento presentamos en los últimos lustros

en la formación de recursos humanos en salud³. A pesar del incremento en estos índices, lo anterior no nos ha llevado a superar cabalmente la desigualdad provocada por la inadecuada distribución de nuestros médicos (Fig. 1).

En resumen, la fragmentación del sistema, la falta de definición de un modelo universal de atención primaria, la ausencia de una política de contratación de médicos generales, aunada a una política que da preferencia a la atención médica especializada, son factores que han venido provocando una mayor contratación de médicos especialistas que, a todas luces, no ha sido la solución al problema, como se puede observar en la figura 2.

Los salarios médicos y el empleo en el sector social no han crecido al ritmo que el país y los servicios demandan. De hecho, si nos comparamos con los distintos países que integran la OCDE (Fig. 3), se observará que el empleo en el sector social es de los más

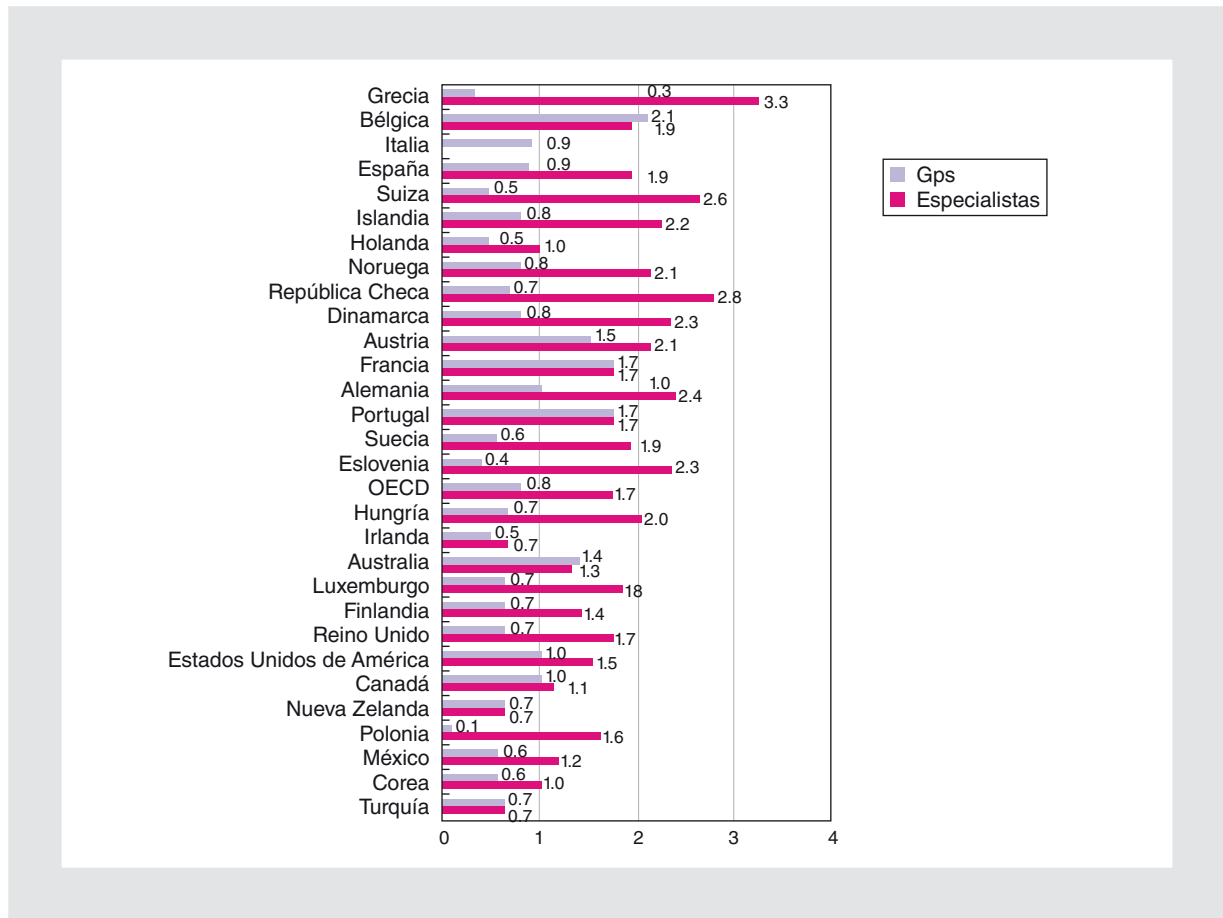


Figura 2. Médicos generales (GP) y especialistas por cada 1,000 habitantes (2005) (adaptado de Health at a Glance 2009: OECD indicators).

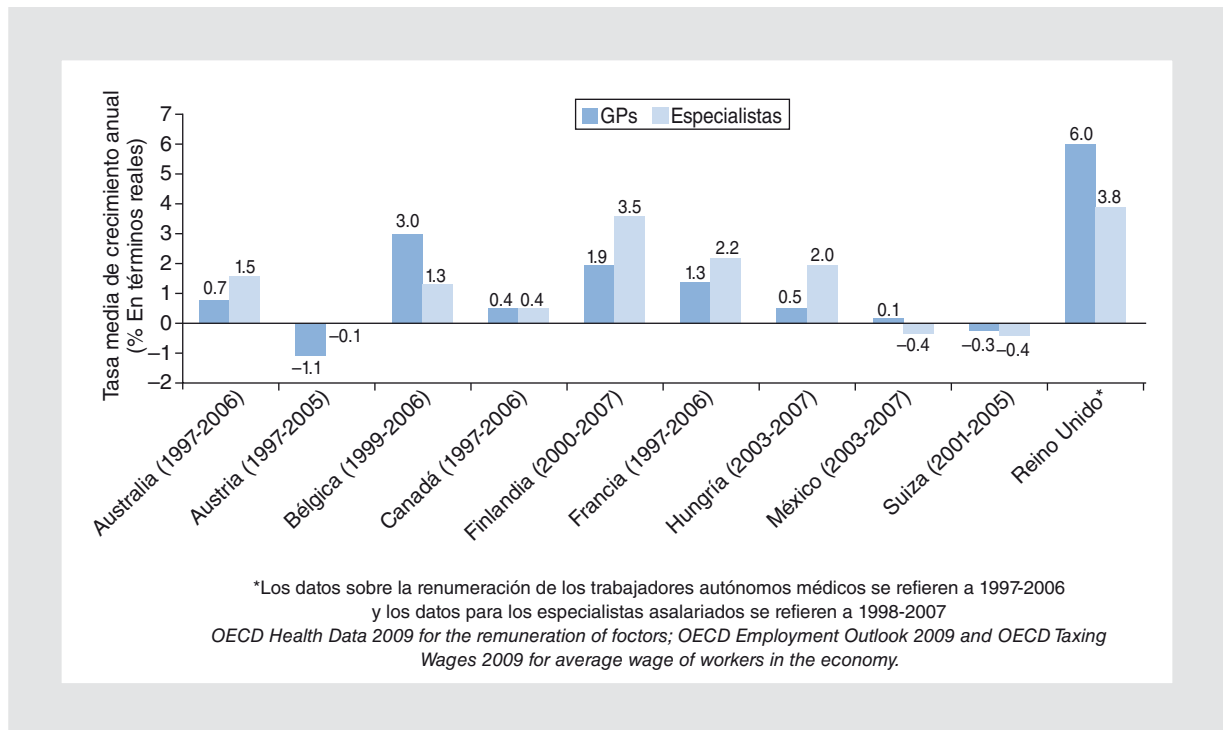


Figura 3. Comparación de la remuneración de médicos generales (GP) y especialistas (adaptado de Health at a Glance 2009: OECD indicators).

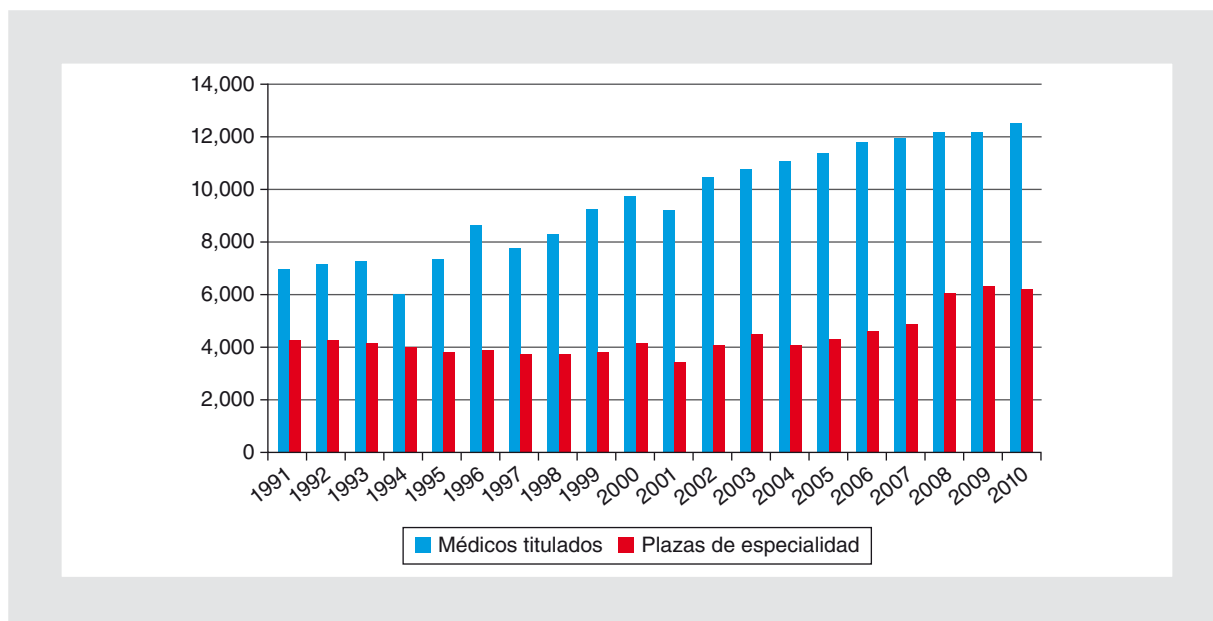


Figura 4. Proporción de médicos titulados con respecto al número de plazas de especialidad disponibles (adaptado de Reporte de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM 2011).

bajos de los países que la integran, y que los salarios de los médicos se han contraído y no han experimentado el crecimiento esperado.

Dadas las tendencias de mayor contratación de especialistas que presenta el país, el sistema nacional de residencias, de alguna forma, debiese haber sido modulado para tomar en cuenta las necesidades de los cambios epidemiológicos; de las alteraciones demográficas (mayor número de geriatras y de especialistas hacia la edad avanzada y una gradual disminución de pediatras), el crecimiento esperado del sector y los factores de jubilación y retiro.

Sin embargo, esto no ha sucedido así. El número de plazas para el ingreso a la residencia no ha tenido un incremento gradual y programado (Fig. 4), ni en el número ni en el tipo de especialistas que requiere el país.

Recientemente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó su proyección de médicos especialistas, jubilados o por jubilarse, hasta el año 2025. Más de 34,000 especialistas saldrán del mercado de trabajo en el transcurso de los siguientes tres lustros. Números similares son de esperarse en la Secretaría de Salud y en las diversas instituciones del sector (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado [ISSSTE], SEDENA, Petróleos Mexicanos [PEMEX], etc.). Sin tener datos precisos, considerando que la fuerza laboral del IMSS debe de ser aproximadamente el 50% de la fuerza laboral médica del país, y dado que no ha habido un crecimiento

ordenado del sistema nacional de residencias, es de esperarse que, en los siguientes 13 años, necesitemos al menos de 68,000 especialistas. Aproximadamente, 6,000/año, número superior a aquel del egreso anual de especialistas que producimos; y lo anterior, sin tomar en cuenta el crecimiento requerido, su distribución, la migración y las áreas específicas que por el envejecimiento poblacional debemos reforzar específicamente.

La respuesta inicial dada a ¿qué tanto ha contribuido la educación médica a la transformación de nuestro sistema de salud? está claramente definida: poco hemos hecho para reformar el sistema; la educación médica ha respondido en forma solidaria a sus cambios, pero escasa ha sido nuestra colaboración en una planeación conjunta que permita conducir su renovación. Las razones son diversas:

- Nuestro sistema de salud es un sistema fragmentado, donde las instituciones que lo componen tienen distintos modelos de atención primaria los cuales varían periódicamente de acuerdo con las necesidades del momento, por lo que la preparación adecuada de los médicos para ejercer y desarrollarse en ellos no ha sido adecuadamente planeada.
- Es un sistema que finca su organización en la atención primaria y que presupuestalmente relega el modelo a un segundo término, pues las contrataciones de médicos generales son relativamente

Tabla 1. Comparación de modelos educativos

Modelo educativo 1910-1960	Modelo educativo 1970-1990	Modelo educativo 1990 a la fecha
Bases de ciencia	Basado en problemas	Basado en sistemas
Bases científicas	Aprendizaje basado en problemas	Enseñanza basada en competencias
Universidades	Centros académicos	Centros académicos y sistemas de Salud

Adaptado de Frenk, et al.⁴.

escasas; esto ha provocado una población de médicos generales subempleados a pesar de que siguen siendo sumamente necesarios en las zonas marginadas de la nación.

- La fuerza laboral médica no ha recibido estímulos económicos o sociales en las últimas décadas, lo que impide reorientar las necesidades de médicos y especialistas en las distintas zonas geográficas donde se requiere la concentración de un mayor número de los primeros.
- El sistema nacional de residencias no ha tenido un crecimiento ordenado y planeado; esto ha dado origen a que las necesidades actuales, en ciertas especialidades, no puedan ser satisfechas.
- El sistema de salud no tomó las providencias necesarias para enfrentar el envejecimiento de la fuerza laboral y las jubilaciones que, en los años por venir, sucederán y generarán presiones importantes sobre el sistema educativo nacional.

En realidad, ninguno de estos desencuentros entre planeación educativa, modelos de atención y necesidades laborales son responsabilidad de las escuelas de medicina. Somos, exclusivamente, parte del problema y de la solución. Las acciones médicas no pueden ser solo vistas desde la óptica de la educación. Se requiere, sin duda, una planeación conjunta y consensada entre las instituciones de salud y las de educación médica. Habrá que interactuar más y caminar simultáneamente en los procesos de transformación.

La transformación de la educación médica

Si bien la educación médica no ha transformado el sistema de salud, sí, frecuentemente, se ha modificado la educación médica en una búsqueda constante de mejorar, de responder a las necesidades y de modernizar y actualizar sus métodos.

La historia de la educación médica moderna bien puede iniciarse con el reporte Flexner y la adopción,

prácticamente universal, del modelo flexneriano. Este modelo sentó las bases científicas a la medicina y permitió, durante muchos años, el soporte académico a la formación de médicos. Con el paso del tiempo y el cúmulo de información basicocientífica a ser adquirida, se hizo necesario reorientar la educación para darle un sentido al conocimiento a ser adquirido. A esta modalidad educativa se le dio a llamar «aprendizaje basado en problemas». En este modelo, el aprendizaje se va construyendo con el apoyo de un profesor-facilitador, que, bajo el supuesto de un problema médico, orienta a los estudiantes en la adquisición y significación de los conocimientos de las ciencias básicas, necesarias para el entendimiento y solución del problema médico, logrando así un aprendizaje más significativo.

A fines del siglo pasado una nueva modalidad educativa ha ido gradualmente permeando en la estructura de los distintos programas académicos: la educación basada en competencias. Esta modalidad centra la atención de la educación en ciertas competencias a ser conseguidas y demostradas durante el proceso educativo y orienta los distintos currículos a su obtención. No excluye, en consecuencia, otras modalidades educativas pero orienta específicamente a la adquisición de determinadas competencias (Tabla 1). En el caso de medicina, estas competencias deberán desempeñarse dentro del sistema de salud y, por lo tanto, es este el que, de alguna forma, define las competencias necesarias y debiera guiar las necesidades formativas⁴.

A lo largo de esta evolución ya más que centenaria, la educación médica se ha ido transformando y las escuelas respondemos a estos cambios con adecuaciones, reformas curriculares y nuevas estrategias educativas. En este sentido, la respuesta al planteamiento inicial de ¿en qué medida las instituciones de educación médica determinan acciones y rumbos para mejor y más rápidamente conseguir la meta deseada? es definitivamente que sí, que esta está en continua transformación, adecuando modelos educativos, introduciendo en sus

programas nuevos conocimientos y previendo los diversos perfiles epidemiológicos de la nación.

Pero el hacerlo no necesariamente implica que transformemos el sistema de salud; de hecho, lo que hacemos en realidad es adaptarnos a los cambios que externamente suceden. Por lo tanto, la pregunta correcta que debemos hacernos es si podemos, en alguna medida, desde la atalaya de la educación, reformar o transformar un sistema de salud.

Con motivo del centenario del informe Flexner, más de un grupo de trabajo se hizo este mismo cuestionamiento. Los sistemas de salud en el siglo XXI deben evolucionar y transformarse, no solo en México, sino en el mundo. Decenas de reportes en este sentido surgieron en la primera década del siglo presente⁵⁻⁹.

Con sus particularidades y aportaciones, los distintos reportes tuvieron entre sí muchas coincidencias y motivaron estudios de metaanálisis que arrojaron datos muy orientadores sobre hacia dónde debe moverse la educación médica en los años por venir¹⁰. De ellos, me permito subrayar lo que considero más significativo y que, de alguna forma, se incorporó dentro de los cambios que fueron aprobados en el plan de estudios 2010 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)¹¹.

Existe una coincidencia general en crear, desde el pregrado, las competencias necesarias para fomentar la educación continua. El desarrollo de esta competencia es, sin duda, una necesidad impostergable. La cantidad de la información disponible es de tal magnitud que los conocimientos adquiridos dentro del pregrado cambian a una velocidad vertiginosa y los manejos médicos en la atención de pacientes son frecuentemente modificados. El médico en ejercicio requiere de esta competencia y de saber discriminar entre la información reciente y aquella que tiene ya evidencias de su innegable utilidad. El manejo, desde los ciclos tempranos, de la informática médica y del entendimiento de la llamada medicina basada en evidencias es una recomendación comúnmente observada en los distintos reportes.

Fortalecer la investigación educativa y los métodos de evaluación de los resultados educativos

Parece ser una de las vocaciones que las escuelas de medicina debemos abrazar con mayor intensidad. Si bien esta se ha efectuado desde hace muchos años, los verdaderos departamentos de investigación educativa entre las distintas escuelas de medicina son

de aparición más o menos reciente (últimos años de la década de 1970). Ensayar nuevos métodos educativos y evaluar cualitativa y cuantitativamente sus resultados será la mejor forma de mantener actualizados los métodos de enseñanza y contenidos curriculares dentro de un mundo que experimenta cambios constantes en todas las áreas del conocimiento.

Fortalecer la docencia y reevaluar su papel en las escuelas de medicina

En la segunda mitad del siglo XX se le dio un fuerte impulso a la investigación básica y aplicada en medicina. Los distintos métodos de reconocimiento y estímulos económicos a la productividad se orientaron al fortalecimiento de esta actividad y la función docente dentro de las escuelas quedó relegada a un segundo término. Los reportes llaman a reevaluar la función docente y equiparar estímulos en esta importantísima actividad.

Fortalecer la formación de liderazgos

El médico fue, sin duda, líder en muchas de las actividades sociales; su formación humanista y científica le otorgaba naturalmente este importante papel. Los cambios sociales han hecho que la actividad médica pase a ser una actividad profesional más y el papel líder del médico en las poblaciones se ha venido deteriorando. Hay una coincidencia en los distintos reportes por fortalecer la formación de liderazgos. Inclusive, en alguno de ellos se habla de fomentar la habilidad de transformar entornos en los que el médico se desenvuelve¹².

Fortalecer la enseñanza del profesionalismo y compromiso social

Existe una gran coincidencia entre los distintos reportes en la necesidad de fortalecer lo que se ha dado a llamar el profesionalismo. Esto se traduce en el entendimiento y práctica adecuada de los códigos de ética y aquellos propios de la profesión médica (compasión, empatía, pulcritud, disciplina, trabajo colaborativo y respeto por los compañeros de trabajo), así como las habilidades de comprensión de los derechos de los pacientes y de comunicación asertiva.

Incluir las nuevas tecnologías educativas

En un mundo donde la tecnología se ha puesto al servicio de la educación, los distintos reportes llaman

a la utilización de todos los instrumentos tecnológicos al alcance, para fortalecer la educación médica. Las escuelas de medicina deben adquirir ese compromiso y evaluar constantemente sus resultados.

Alinear los currículos a las necesidades de salud de las poblaciones

Es común denominador en los distintos documentos sobre la educación médica del siglo XXI el esfuerzo permanente que deben hacer las distintas escuelas en mantener actualizado su currículo de acuerdo con las necesidades de salud de las diversas poblaciones. Se advierte también de la necesidad de contemplar la salud global como parte integral de la formación del médico y no exclusivamente centrarse en las necesidades locales. Se advierten los efectos que sobre el mercado laboral y la salud tendrá el fenómeno de la globalización.

Incluir el adiestramiento clínico en consultorios y en la consulta en los hogares

Se avizora que habrá cambios en la forma tradicional en la que aprende un médico (en clínicas y hospitales). La gradual reducción de los días de estancia hospitalaria y la existencia de enfermos graves y terminales en las unidades hospitalarias impedirán, de alguna forma, que los estudiantes de medicina tengan acceso a interrogatorios y al aprendizaje de técnicas de exploración en la forma en la que solemos enseñarles. Se estimula un cambio paulatino en estos entornos educativos para gradualmente enseñar en pacientes ambulatorios¹³.

Si bien todas estas recomendaciones se hacen para los estudios de pregrado, son también aplicables, con sus propias características y necesidades, a los estudios de posgrado. Las residencias médicas, sin duda, serán también objeto de muchas de estas propuestas y de procesos de adaptación gradual de los métodos y contenidos que enseñamos.

De hecho, en los países desarrollados, la educación en las residencias se ha movido a una velocidad vertiginosa hacia la educación por competencias, y para ello se han diseñado una serie de estrategias educativas que son sujetas ya de acreditación y certificación¹⁴.

Los posgrados de las distintas especialidades médicas deberán moverse en el sentido de las distintas competencias que ese nivel de estudios marca y que, básicamente, son aquellas propias de los conocimientos y destrezas del área de la especialidad en cuestión y

las genéricas al profesionalismo médico (*capacidad de comunicación, empatía, compasión y comportamiento ético y valores profesionales*). Sin duda, también, y dadas las características de los cambios epidemiológicos, las especialidades médicas sufrirán ajustes en su duración, denominación y contenidos, pues en este proceso de transformación deberán adaptarse y responder a las necesidades de la salud poblacional y a las transformaciones sociales que el futuro nos depara¹⁵.

Asimismo, las instituciones de educación médica deben formar recursos humanos con la doble capacidad de investigar y atender la salud poblacional. Existe una gran brecha entre la investigación básica y la investigación clínica, y entre los resultados de evidencias de la utilidad de ciertos fármacos y los procedimientos y la aplicación cotidiana y universal de ellos. A todo este proceso de investigación-aplicación universal, se le ha dado a llamar investigación traslacional. Trasladar el conocimiento básico a la investigación clínica y a su difusión y aplicación es uno de los grandes retos que el futuro nos convoca a resolver. Para ello, se requieren recursos humanos especializados en este campo con capacidad de liderazgo y difusión. Parte de la respuesta a ello pueden ser los programas MD PhD, que han demostrado resolver parcialmente esta situación^{16,17}.

En la Facultad de Medicina de la UNAM, desde el año 2011, hemos puesto en marcha este proyecto educativo, en un programa a 8 años y medio, bajo el nombre de Programa de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), de la licenciatura al doctorado, con lo que se pretende dar una respuesta, al menos parcial, a la necesidad de transformar y darle significado sanitario a la investigación biomédica¹⁸.

Conclusiones

La formación de recursos humanos en salud ha colaborado, de distintas maneras y con diversa intensidad, a la transformación del sistema de salud en nuestro país. Nos hemos adaptado a las circunstancias y características de su evolución incierta. Formamos recursos humanos para un sistema fragmentado que no ha podido definir con precisión las competencias esperadas en los distintos niveles de atención, particularmente en el nivel de atención primaria. A pesar de que aparentemente nos hacen falta médicos y que su distribución geográfica es irregular, la contratación de médicos generales para cubrir las necesidades de esa atención ha sido más bien escasa y el sistema ha privilegiado la contratación de especialistas, dejando

en manos de un mercado laboral incierto la acción profesional del médico general.

Aun así, las comunidades marginadas están bajo la atención de los médicos pasantes en servicio (MPS) y, en las zonas urbanas deprimidas, la acción del médico general, fuera del sistema de salud, está presente y contribuye, sin duda, a la atención sanitaria primaria y secundaria.

Es también, el nuestro, un sistema de salud donde se ha desvinculado la necesidad de recursos humanos y la planeación de la educación médica, tanto en el pregrado como en el posgrado. Nos hacen falta especialistas en ciertas áreas del conocimiento médico que hoy demandan, con urgencia, dado el cambio epidemiológico, la presencia de especialistas. No ha habido una adecuada planeación del relevo generacional y se avecina una avalancha de jubilaciones.

Es un sistema que urge transformar, y la adecuada planeación de la educación médica es un elemento indispensable en esa transformación.

Por su parte, la educación médica en México se ha venido transformando. Muchas de las escuelas de medicina se alinean a la necesidades que plantea el momento sanitario del país, algunas tratan de adaptarse a las nuevas corrientes educativas, con mayor o menor éxito, y otras pretendemos responder con acciones al futuro que nos deparan los cambios por venir, y contribuir, desde nuestra trincheras, a la transformación del médico mexicano y del sistema de salud.

Bibliografía

1. OECD. The looming crisis of the health workforce: how can OECD countries respond? [internet]. OECD Publishing; 2008. Citado 2012 Mar 20. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-looming-crisis-in-the-health-workforce_9789264050440-en. doi: 10.1787/9789264050440-en.
2. Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS [internet]. México: Secretaría de Salud; 2006. Citado 2012 Mar 20. Disponible en: www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/biblio/MIDAS.pdf.
3. OECD. Health at a Glance 2011: OECD indicators [internet]. OECD Publishing; 2011. Citado 2012 Mar 20. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. Epub 2010 Nov 26.
5. Who will keep the public healthy?: educating public health professionals for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; Institute of Medicine; 2002.
6. Revisiting the medical school educational mission at a time of expansion: a conference sponsored by the Josiah Macy Jr Foundation. New York: Josiah Macy Jr Foundation; 2008.
7. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education [internet]. UK: General Medical Council; 2009. Citado 2012 Mar 20. Disponible en: http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMC_TD_09_1.11.11.pdf.
8. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010.
9. Association of Faculties of Medicine of Canada. The future of medical education in Canada (FMED): a collective vision for MD education. Ottawa, ON: Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC); 2010.
10. Skochelak SE. A decade of reports calling for change in medical education: what do they say? *Acad Med*. 2010;85 Suppl 9:26-33.
11. Plan de Estudios 2010 y Programas Académicos de la Licenciatura de Médico Cirujano [internet]. México: UNAM, Facultad de Medicina; 2010. Citado 2012 Mar 20. Disponible en: www.facmed.unam.mx/plan/PEFMU-NAM.pdf.
12. Modificado de Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. Epub 2010 Nov 26.
13. Albanese M, Mejicano G, Gruppen L. Perspective: competency-based medical education: a defense against the four horsemen of the medical education apocalypse. *Acad Med*. 2008;83(12):1132-9.
14. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement [internet]. Denmark: WFME Office, University of Copenhagen; 2003. Citado 2012 Mar 20. Disponible en: <http://www.saidem.org.ar/docs/Normas/WFME.%20Postgraduate%20medical%20education.%20Global%20standards.pdf>.
15. Emanuel EJ, Fuchs VR. Shortening Medical Training by 30%. *JAMA*. 2012;307(11):1143-4.
16. Lenfant C. Shattuck lecture – Clinical research to clinical practice – Lost in translation? *N Engl J Med*. 2003;349(9):868-74.
17. Kuehn BM. PhD programs adopt bench-to-bedside model to speed translational research. *JAMA*. 2006;295(13):1506-7.
18. Plan de Estudios Combinados en Medicina [internet]. México: UNAM, Facultad de Medicina; 2010. Citado 2012 Mar 20. Disponible en www.facmed.unam.mx/plan/PECEM.pdf.

La investigación en salud

Adolfo Martínez-Palomo*

Miembro del Colegio Nacional, México, D.F.

Resumen

La investigación en México ha tenido un avance importante, incluyendo la investigación en salud. Sin embargo, a pesar de los grandes esfuerzos por incluir la investigación médica a la toma de decisiones, es necesario reforzar las acciones y programas ya existentes, generando nuevas agendas políticas de investigación en salud.

PALABRAS CLAVE: Investigación en salud. Planes de acción. Investigación biomédica.

Abstract

Research in Mexico has had an important advance, including health research. However, despite great efforts to include medical research to decision making, it is necessary to strengthen existing actions and programs, generating new research agendas in health.

KEY WORDS: Health research. Action plans. Biomedical research.

A lo largo de las más de siete décadas de iniciada la profesionalización de la investigación científica en México con el establecimiento de los institutos nacionales de salud, el diseño de políticas públicas en beneficio de la salud se ha beneficiado con la aplicación del conocimiento científico¹. A medida que se ha ido fomentando la investigación médica en los institutos y en las instituciones públicas de educación superior la selección de los temas de las investigaciones ha recaído, en forma creciente, en los intereses individuales de los profesionales de las ciencias de la salud, con la consecuente dispersión de los objetivos de dichos estudios. Así, tal vez no sea exageración pensar que, entrados en el siglo XXI, tenemos en nuestro país tantos temas de investigación en salud como investigadores activos.

Solo en contadas ocasiones se han abordado en forma interdisciplinaria e interinstitucional los grandes problemas de salud, excepto en situaciones urgentes

por la aparición de epidemias, como el cólera o la influenza, o en los casos en los que en forma espontánea se han reunido investigadores biomédicos, clínicos y epidemiólogos para analizar algunas de las infecciones que tradicionalmente afectaban a la población, como los estudios multidisciplinarios sobre la cisticercosis y la amibiasis.

En más de una ocasión se ha intentado reducir esa «pulverización» de los temas de investigación analizados en México con el diseño de agendas formales que estimularan, al mismo tiempo, la investigación básica de calidad con programas para conjuntar intereses, disciplinas e instituciones diferentes en la búsqueda de soluciones para problemas específicos.

En el año 1990 la Universidad Harvard y la Fundación Rockefeller crearon la Comisión para Investigación en Salud para el Desarrollo². A lo largo de varios años la comisión desarrolló una intensa labor de análisis sobre el tema en numerosos países, industrializados y en desarrollo. Al término de sus trabajos, la comisión publicó un «Informe sobre investigación en salud», traducido del inglés a varios idiomas, en el que se estimulaba la formación de comisiones de investigación en salud en los países que mostraran interés en ello. En México se creó la Comisión Mexicana de

Correspondencia:

*Adolfo Martínez-Palomo

Miembro del Colegio Nacional

Rubén Darío, 61, depto. 17

Col. Polanco Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo,

C.P. 11580, México, D.F.

E-mail: amartine@cinvestav.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

Investigación en Salud. Al término de sus deliberaciones dicha comisión publicó, junto con la Academia Nacional de Medicina, el documento «La investigación en salud en México. Un esbozo de agenda»³, que sirvió de base para documentos posteriores sobre el tema.

Una de las agendas posteriores se elaboró en la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud, en el año 2007⁴. La agenda se realizó con la colaboración de varias decenas de investigadores, particularmente de los institutos nacionales de salud. A continuación se reproducen las líneas generales de dicha agenda con el deseo de que puedan servir como antecedente para la formulación de una nueva agenda política de investigación para la salud vigorosa, que acelere retornos positivos para la sociedad en el mediano plazo.

Objetivos del Programa de acción específico 2007-2012 «Investigación para la salud»

Misión

Promover la investigación científica para la salud, a través de coordinar los esfuerzos para mejorar los entornos normativos, de financiamiento y de desarrollo.

Visión

Mejorar la salud y el bienestar de la población mediante la investigación científica.

Objetivos

Objetivo 1. Impulsar la investigación científica que mejore la salud y el bienestar de la población

Estrategia 1. Favorecer la investigación científica de excelencia

LÍNEAS DE ACCIÓN

Fomentar el conocimiento científico básico.

Perfeccionar los mecanismos de evaluación de la investigación basados en criterios cuantitativos.

Diseñar mecanismos de evaluación basados en indicadores de calidad científica.

Favorecer la creación de grupos de trabajo interdisciplinario que aborden problemas de investigación biomédica avanzada.

Estrategia 2. Incentivar las actividades de investigación y desarrollo tecnológico hacia los problemas de salud que afectan de forma prioritaria a la población

LÍNEAS DE ACCIÓN

Dar atención particular a los proyectos interdisciplinarios orientados a estudiar los siguientes temas de investigación clínica:

- Problemas del rezago (pobreza).
- Desnutrición, peso bajo y anemia.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias: diarreas agudas, respiratorias agudas.
- Mortalidad materna y perinatal.
- Discapacidades: musculoesqueléticas, visuales, auditivas y mentales.
- Problemas de salud ligados al genoma y al estilo de vida.
- Trastornos de la nutrición.
- Neoplasias malignas.
- Problemas de salud emergentes o reemergentes.
- Problemas de salud ligados al envejecimiento.
- Problemas de salud mental.
- Trastornos neurológicos.
- Salud ambiental y ocupacional.
- Salud en el trabajo.

Fomentar investigaciones relacionadas con la mejora de los servicios públicos de salud:

- Entorno social y transición demográfica.
- Evaluación del desempeño e impacto de los servicios de salud.
- Desarrollo y evaluación de tecnologías para la salud.
- Seguridad social.
- Sistemas de salud.
- Economía de la salud.
- Educación para la salud.

Establecer lineamientos que aseguren el apoyo financiero a la investigación relacionada con los problemas pertinentes:

- Incrementar, con periodicidad preestablecida, las contribuciones de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Conacyt al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS).
- Fomentar la pertinencia de la investigación al interior de las instituciones de investigación en salud.

- Difundir, orientar y facilitar administrativamente la participación de los investigadores del sector en la presentación de propuestas al FOSISS.

Estrategia 3. Transferir los resultados de la investigación y desarrollo tecnológicos en salud hacia la toma de decisiones y las actividades en materia de salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Crear mecanismos para que las áreas normativas y operativas accedan a los resultados de la investigación relacionados con los problemas prioritarios, para favorecer la toma de decisiones:

- Fomentar la cultura de la investigación «traduccional».
- Promover la creación de un Programa de vinculación academia-industria (PROVAI).

Estrategia 4. Promover la estricta observancia de los códigos nacionales e internacionales de bioética

LÍNEAS DE ACCIÓN

Coordinar con la Comisión Nacional de Bioética la difusión y apego a las normas bioéticas en las instituciones de investigación del sector.

Contribuir a la actualización de las normas de bioética vigentes de acuerdo con los avances científicos y las recomendaciones internacionales sobre el tema.

Difundir por los medios disponibles la importancia y vigencia de las normas bioéticas.

Objetivo 2. Mejorar el entorno laboral de los investigadores

Estrategia 5. Consolidar y desarrollar armónicamente los diferentes grupos de investigación

LÍNEAS DE ACCIÓN

Convocar a los profesionales involucrados en las tareas de investigación en salud para trabajar de manera coordinada.

Reinstalar la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.

Actualizar el Reglamento de Investigadores derivado de la Ley General de Salud y proponer una reglamentación en materia de investigación clínica.

Implantar un sistema de registro de investigadores, proyectos y productos de investigación en salud.

Estrategia 6. Mejorar el salario, las prestaciones, los estímulos y los apoyos académicos a los profesionales de la investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Analizar las diferencias salariales entre los dos sectores y proponer un programa de homologación gradual.

Homologar las prestaciones otorgadas a investigadores del sector salud con las de otros sectores que realizan investigación y desarrollo.

Revisar, consensuar y actualizar los programas de ingreso, promoción y estímulos de los investigadores del sector.

Establecer normas administrativas para la regulación de las compensaciones salariales de los investigadores con fondos externos.

Establecer el equivalente al receso sabático, tal como existe en las instituciones de educación superior del sector público.

Establecer, bajo criterios de estricto rigor científico, la categoría de investigador emérito.

Definir un programa anual para promover la asistencia de los investigadores a reuniones científicas nacionales e internacionales.

Promover la constante actualización académica de los profesionales de la investigación.

Crear un mecanismo para estimular la publicación de los resultados de investigación en revistas del mayor impacto internacional.

Establecer una biblioteca virtual de acceso a la literatura científica internacional.

Estrategia 7. Crear un programa de actualización de la infraestructura, el equipamiento y los servicios de comunicación para la investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Elaborar un censo de los requerimientos para modernizar el equipamiento de investigación en el sector.

Establecer los criterios para el equipamiento de las áreas de investigación en las nuevas unidades de atención médica de alta especialidad.

Actualizar y atender el mantenimiento adecuado de la Red Insalud de los institutos nacionales de salud y los hospitales regionales de referencia.

Promover teleconferencias con profesores e investigadores nacionales y extranjeros a través de la Red Insalud para la actualización continua de los investigadores del sector.

Estimular el uso de las teleconferencias en la Red Insalud para el intercambio de conocimientos entre investigadores, tecnólogos y tomadores de decisión.

Establecer una biblioteca virtual que ofrezca a los investigadores acceso a texto completo de artículos publicados en las principales revistas médicas internacionales.

Revisar, modernizar y adecuar los bioterios de las instituciones de investigación a las normas nacionales e internacionales.

Promover el ingreso de los investigadores al Sistema Nacional de Investigadores del Conacyt.

Establecer un programa anual de contratación de técnicos especializados y de auxiliares de laboratorio.

Gestionar la agilización de los trámites requeridos para la importación de material, reactivos, equipo y demás insumos requeridos para la investigación.

Objetivo 3. Favorecer la descentralización de la investigación en salud

Estrategia 8. Dotar de autonomía de gestión a las instituciones de investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Realizar gestiones a fin de favorecer la simplificación administrativa en las instituciones de investigación.

Establecer mecanismos para asegurar la transparencia de la gestión administrativa autónoma de los centros de investigación en salud.

Estrategia 9. Financiar de manera amplia y diversificada la investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Buscar los mecanismos para otorgar incentivos fiscales e instituciones del sector privado que realicen investigación en salud o donen recursos para ello.

Fomentar la inversión y las donaciones privadas.

Aumentar la participación pública federal y estimular la estatal.

Promover la búsqueda en México y en el extranjero de financiamientos externos para la investigación en salud.

Establecer un fondo mixto para fomentar la investigación en salud y el desarrollo de centros de investigación en salud.

Estrategia 10. Favorecer el crecimiento de la comunidad científica en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Ampliar la planta actual de investigadores en salud.

Crear plazas nuevas de investigación en salud apropiadas para los centros de investigación.

Crear plazas nuevas de investigadores en el área de la salud, para captar investigadores recién formados, rescatar a investigadores que se encuentren trabajando en entornos diferentes de la formación recibida y repatriar investigadores.

Proponer y gestionar la creación de la carrera de Investigador en Salud, como parte del Servicio Civil de Carrera, vinculada a las instituciones públicas de investigación en salud.

Estrategia 11. Favorecer la creación de centros regionales de investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Definir criterios para el desarrollo de centros regionales de investigación en salud.

Analizar los sitios potenciales de desarrollo tomando en consideración las facilidades y apoyos financieros locales, la congruencia con los problemas de salud y el tipo de centro de investigación, entre otros.

Proponer la creación de centros regionales de investigación.

Garantizar financiamiento de proyectos de investigación en salud hacia los centros de investigación de creación reciente.

Estrategia 12. Vincular los diversos grupos e instituciones participantes en la investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Estimular el desarrollo de investigación multidisciplinaria y multicéntrica en salud que favorezca la

colaboración de diferentes instituciones, tanto del sector público como del privado.

Establecer mecanismos ágiles de intercambio de investigadores en estadias cortas entre instituciones colaboradoras para la realización de investigación en salud.

Coadyuvar a encontrar áreas de confluencia de intereses de los centros que realizan investigación en salud.

Favorecer el acercamiento de los centros de investigación en salud para establecer vínculos de cooperación.

Fortalecer los programas de vinculación mediante redes de investigadores con temas comunes de investigación.

Ampliar los programas de financiamiento para proyectos de investigación multicéntricos.

Objetivo 4. Estimular la vinculación con la industria en condiciones de interés y beneficio mutuos

Estrategia 13. Impulsar agendas conjuntas para la investigación en salud mediante vinculación academia-industria

LÍNEAS DE ACCIÓN

Buscar activa y continuamente nichos de oportunidad y sinergia para la investigación en salud entre los sectores público y privado.

Fomentar la realización de proyectos de investigación en instituciones privadas, previa evaluación de su calidad y aspectos éticos.

Estrategia 14. Promover líneas de investigación en salud en áreas en las que se tengan ventajas competitivas nacionales para el desarrollo de nueva tecnología

LÍNEAS DE ACCIÓN

Fomentar el desarrollo de productos y procesos en campos como la biotecnología y la farmacología.

Establecer un esquema de premiación para los mejores trabajos de desarrollo de nueva tecnología.

Estrategia 15. Formalizar la propiedad intelectual derivada de la investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Proporcionar asesoría y subsidios para la validación y registros de patentes de nuevos productos y procesos originados en el campo científico de problemas de salud.

Determinar reglas transparentes para la distribución de las regalías resultantes para la obtención de patentes y licencias con beneficios para todos los involucrados.

Incentivar la realización conjunta de desarrollos tecnológicos entre investigadores biomédicos, ingenieros y otros profesionales del área de tecnología.

Objetivo 5. fortalecer los programas de formación y desarrollo de recursos humanos para la investigación y el desarrollo tecnológico en salud

Estrategia 16. Desarrollar programas de posgrado de investigación en salud vinculados al programa de excelencia del Conacyt

LÍNEAS DE ACCIÓN

Generar programas de posgrado en áreas emergentes de investigación.

Revisar continuamente la pertinencia y relevancia de los programas de posgrado de formación de recursos humanos en investigación en salud.

Favorecer y apoyar la creación de programas regionales de posgrado.

Estrategia 17. Ampliar programas de financiamiento para posgrados

LÍNEAS DE ACCIÓN

Promover la participación de la iniciativa privada en la formación de recursos humanos para la investigación en salud.

Fomentar la participación de recursos estatales para fortalecer los programas de posgrado regionales.

Estrategia 18. Promover una mayor cultura científica del personal operativo de salud con el fin de contribuir a elevar la calidad de su desempeño institucional

LÍNEAS DE ACCIÓN

Establecer un programa de capacitación en investigación en salud para el personal operativo de los servicios de salud.

Establecer fondos destinados a estimular la investigación en salud realizada en áreas operativas del sistema de salud.

Crear un programa de becas para estudiantes de pregrado que se inicien en la investigación en salud.

Incorporar a los residentes a proyectos de investigación durante su periodo de adiestramiento.

Objetivo 6. Incrementar la difusión de la producción científica nacional en salud

Estrategia 19. Mejorar la calidad de las publicaciones científicas nacionales en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Condensar una revista científica compartida entre los institutos nacionales de salud.

Fomentar mecanismos para elevar la calidad de las publicaciones científicas nacionales.

Establecer apoyos para facilitar que los investigadores en salud logren una mayor productividad.

Estrategia 20. Fomentar la divulgación de los resultados de la investigación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Crear biblioteca virtual en salud con acceso gratuito.

Fortalecer la competitividad internacional de la investigación en salud nacional mediante la creación de una red electrónica de información de resultados con el fin de lograr mayor difusión e impacto.

Difundir los resultados de la investigación entre la población general con el fin de contribuir a ampliar su cultura científica.

Fortalecer en la población general la búsqueda de información para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud y su interrelación con los servicios de salud.

Facilitar la difusión de los resultados de la investigación en salud en todos los medios de comunicación accesibles para ello.

Bibliografía

1. Martínez-Palomo A, Aréchiga H. La investigación biomédica en México. I. La investigación básica. *Gac Méd Méx.* 1979;115:65-70.
2. Commission on Health Research for Development. *Health Research; Essential Link to Equity in Development.* Oxford: Oxford University Press; 1990.
3. Martínez Palomo A, Gómez Dantés O, López Cervantes M, Castro V. La investigación en salud en México: un esbozo de agenda. México: Academia Nacional de Medicina; 1995.
4. Secretaría de Salud. Programa específico 2007-2012. Investigación para la salud. México: 2007.

Impactos de la globalización en la salud mental

Juan Ramón de la Fuente*

Seminario de Estudios sobre la Globalidad y Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM

Resumen

Los problemas de salud mental han aumentado a escala global: psicosis, demencias, angustia, depresión, suicidios e intentos de suicidio, así como trastornos asociados a la violencia y a la pobreza, constituyen parte importante de la demanda de los servicios de salud. En el contexto global que vivimos, han aparecido, asimismo, otros problemas que, independientemente de que puedan o no llegar a constituirse en un trastorno psiquiátrico propiamente dicho, requieren ser estudiados desde la perspectiva de la salud pública y de la salud mental.

Trastornos asociados a la imagen corporal y a las dietas, al uso compulsivo de las computadoras y los teléfonos celulares, y los principales trastornos propios de las migraciones se revisan en el contexto de la sociedad globalizada, interdependiente y veloz, en la cual las tecnologías de la información y la comunicación, con su formidable potencial, generan también efectos indeseables en la conducta de algunos individuos y en su interacción con los demás.

PALABRAS CLAVE: Salud mental. Globalización. Internet. Migración.

Abstract

Psychosis, dementias, anxiety, depression, suicide and suicide attempts, as well as psychiatric disorders associated to violence and poverty have increased the global burden of disease. Other related problems associated to special diets, body image, compulsive use of computers and mobile phones, and those frequently observed in migrants subjected to intense distress are reviewed as well. Information and communication technologies may have undesirable side effects affecting some individuals in their conduct and social interactions.

KEY WORDS: Mental health. Globalization. Internet. Migration.

Nada tiene de novedoso decir que hay factores sociales diversos que influyen poderosamente en la vida psíquica de las personas. Freud (*El malestar en la cultura*)¹, Marcuse (*Eros y civilización*)², o Fromm (*Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*)³, por mencionar algunos de los autores más trascendentes sobre el tema, se refirieron magistralmente al mismo fenómeno desde sus orientaciones respectivas. Lo inédito, en todo caso, radica en que muchos de esos factores sociales ahora también son globales.

El perfil de la consulta psiquiátrica ha cambiado en los últimos años^{4,5}. La depresión es su causa más frecuente. Sin embargo, no deja de llamar la atención

el aumento en la incidencia de los trastornos de la alimentación y los trastornos psicofisiológicos, que reeditan el añejo concepto de las enfermedades psicósomáticas, y que tan bien explicara en su momento Alexander⁶. ¿Y qué decir de los casos de niños y mujeres maltratadas como signo inobjetable de que la violencia no es solo patrimonio del crimen organizado?, ¿o de las crisis de angustia, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica?, ¿y qué tal la automedicación como fenómeno no tan reciente pero sí creciente?

Mercado y salud mental

Todas estas manifestaciones clínicas tienen vínculos estrechos con los factores sociales que, consciente o inconscientemente, nos agobian de manera cotidiana. Me refiero, por ejemplo, a la publicidad asfixiante que

Correspondencia:

*Juan Ramón de la Fuente
Av. Ciudad Universitaria, 298
Col. Jardines del Pedregal, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01900
México, D.F.
E-mail: jrfonte1@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

promete ilusiones que nunca se cumplen; o a los cambios en la estructura y la dinámica de las familias, cada vez más influenciadas por el ícono sagrado de los mercados. Estos constituyen, quizá, la tiranía más poderosa de la globalización.

Se habla inclusive de un darwinismo cultural⁷, pues al parecer solo los productos masivos tienen la supervivencia asegurada. Esa tendencia uniforme de consumo, sea alimentario, informativo, recreativo o cultural, propicia el desarrollo del pensamiento único, dominado por el escenario multimedia, fragmentario, relativista, y en el que parecen prevalecer los símbolos estéticamente superficiales y aparentes, como si ver fuese lo mismo que entender, como si ver significara saber. La falsa tesis detrás es la misma: los mercados pueden vendernos felicidad. Se confunde, deliberadamente, bienestar con felicidad.

Quienes hemos ejercido la profesión, podemos constatar cuántas personas son infelices a pesar de tener un buen nivel de vida, de bienestar aparente, con satisfacciones a prácticamente todas sus necesidades, con acceso a entretenimiento de todo tipo, pero cuyas vidas se constituyen en una clara evidencia de que el poder adquisitivo y sus favores inmediatos no son sinónimos de felicidad.

Sachs, profesor de economía de la Universidad de Columbia y asesor especial del secretario general de la Organización de Naciones Unidas (ONU) para el seguimiento de los objetivos del desarrollo del Milenio, ha escrito, recientemente, un ensayo interesante sobre *La economía de la felicidad*⁸.

Ocurre que la búsqueda implacable de mayores ingresos ha conducido a una desigualdad y a una ansiedad sin precedentes, pero no a una mayor felicidad o satisfacción en la vida. No se trata de negar que el progreso económico sea importante; lo que no puede ser es que se convierta en el único propósito. Una cosa es organizar y orientar las políticas económicas para que los niveles de vida de las mayorías mejoren, y otra, muy distinta, asumir que todos los valores de una sociedad deban subordinarse al principio del lucro mayor; es decir, la obsesión por el incremento del producto interno bruto no ha generado más felicidad. Solamente el desarrollo económico que es capaz de aliviar la pobreza puede fomentar la felicidad.

Al referirse a la influencia de los mercados en la vida moderna conviene examinar, así sea de manera sucinta, el mercado de la salud mental. Destaca el auge del consumo de psicofármacos frente a todo tipo de problemas: relaciones de pareja conflictivas, situaciones de pérdida, problemas asociados al envejecimiento,

dificultades laborales, insatisfacción con la imagen corporal, consumo excesivo de alcohol, etc.

¿Hasta qué grado nos hemos excedido en medicalizar a la sociedad? Nuestros sistemas de diagnóstico, cada vez más confiables y válidos en muchas categorías nosológicas, incurrir en excesos poco afortunados cuando intentan psiquiatrizar asuntos de la vida. Por ejemplo: los «trastornos adaptativos», ¿son realmente trastornos? Todo cambio importante en la vida de un individuo requiere de un proceso de adaptación a las nuevas circunstancias y, a veces, esos procesos de adaptación cursan con cierta inestabilidad emocional o con problemas conductuales, pero no constituyen un trastorno propiamente dicho. Algo similar podría decirse de las «nuevas» patologías, en especial las llamadas «nuevas» adicciones, relacionadas con el uso compulsivo del internet, el teléfono celular, el consumo, etc. No estoy seguro de que el término «nuevas patologías» sea correcto, creo que se trata más bien de viejos problemas en nuevos contextos, capaces de incidir, potencialmente, en la salud mental de las personas.

Lo que sí parece un hecho inobjetable es que cada día hay más enfermedades mentales⁹. Aun en los países más avanzados, los que han logrado un mayor desarrollo económico y social, se observan índices cada vez más elevados de trastornos psicopatológicos. Se estima, por ejemplo, que cada 7 s alguien desarrolla una demencia; que para el año 2020 habrá en el mundo un millón y medio de suicidios consumados, y entre 15-30 millones de intentos de suicidios registrados. La creciente inequidad que vivimos también afecta a la salud mental: en cuatro de cada cinco países de bajo ingreso (aquellos con US\$ 995 o menos de ingreso per cápita) no hay medicamentos para la enfermedad de Parkinson; y en uno de cada cuatro de estos tampoco los hay para la epilepsia. ¿Y qué decir de los recursos humanos? En Europa hay 200 veces más psiquiatras que en África. En México estos siguen siendo insuficientes y están muy mal distribuidos¹⁰.

Otros asuntos ampliamente publicitados también adquieren relevancia en el terreno de la salud mental. El cambio en la percepción que se tiene del cuerpo es uno de ellos: los gimnasios, las dietas, la obsesión por la delgadez, la cirugía estética, la moda, la cosmética, los bronceados, la celulitis, los implantes, los *liftings*, la ortorexia, la vigorexia, la anorexia son parte de un nuevo culto que provoca cambios drásticos en las aspiraciones y actitudes de la gente.

El caso de la ortorexia (la obsesión patológica por la comida biológicamente pura) es típico de nuestros

tiempos. Su auge se debe fundamentalmente a un médico norteamericano, quien después de haber defendido durante años la ingesta de dietas sanas para alcanzar una salud óptima, y de haberse dado a conocer comercialmente por sus dietas vegetarianas ultrarrestrictivas, modificó de pronto y de manera radical sus opiniones, y se dedicó entonces a denunciar los excesos de los adictos a las dietas severas y las barbaridades de los fanáticos del vegetarianismo. Estas observaciones las publicó en un conocido libro¹¹, en el que describe el cuadro clínico de la ortorexia. Algunos de los casos descritos pueden ser variaciones de trastornos obsesivocompulsivos, personas que aplican a rajatabla la idea de que se es lo que se come.

Ocurre, pues, que el posmodernismo del siglo XXI nos confronta con nuevos y viejos problemas que deben ser analizados a la luz de una óptica renovada pero rigurosa. Se puede decir, por ejemplo, que el concepto de histeria (íntimamente ligado al nacimiento y al discurrir psicoanalítico) ha sido conceptualmente desterrado. Ahora se habla de la fibromialgia (ese síndrome de dolor crónico de origen desconocido) y, aunque el eje del diagnóstico es el dolor musculoesquelético de carácter difuso, lo acompañan con frecuencia otras manifestaciones clínicas que incluyen: fatiga, alteraciones en el sueño y cambios importantes en el estado de ánimo. Frente a estos pacientes, no son fáciles ni el diagnóstico ni el diagnóstico diferencial, menos aún la terapéutica. La imprecisa ubicación del dolor, los diversos grupos musculares que pueden verse implicados, la frecuente sensación de hinchazón en ausencia de inflamación, la fatiga, son todos síntomas vagos, no necesariamente relacionados entre sí. Llama la atención, además, que la relación de este cuadro entre mujeres y hombres sea de 10:1. En todo caso, parece que la prevalencia de este síndrome ha ido creciendo, y llega a ser en algunos estudios hasta del 8% para mujeres entre los 20-60 años. La cantidad de información respecto de la fibromialgia en internet es impresionante. Los gastos directos e indirectos que ha producido esa reivindicativa multitud que se ostenta con tal diagnóstico ha generado un gran negocio que genera grandes dudas. Pero, por otro lado, ¿quién puede descartar la llegada, algún día, de un deslumbrante descubrimiento científico que traiga consigo el triunfo terapéutico sobre síndromes tan enigmáticos como el de la fibromialgia?

De todos estos puntos, polémicos y controvertidos, se desprenden también reflexiones valiosas: hay que aceptar que no todos los periodos difíciles de la vida son enfermedades. No todo sufrimiento es enfermedad.

Salud mental y redes sociales

La trama de la salud mental global no puede sus- traerse, por supuesto, de las redes sociales. En unos cuantos años, la influencia de internet en nuestras vidas ha sido asombrosa. Más que una cultura de la realidad virtual, lo que tenemos está cerca de ser una cultura de la virtualidad real. La cultura es virtual porque las señales nos llegan por vía cibernética, pero es real porque influye de manera concreta en nuestras vidas.

La red fue creada para el intercambio de informa- ción militar, pero muy pronto sus alcances se amplia- ron para constituirse en un instrumento de comunica- ción y, sobre todo, de conexión. Hoy en día, parece que lo que no está conectado no existe. Quien no usa internet es una suerte de analfabeto que está, en buena medida, excluido de la dinámica social moderna. La red sigue ampliando todos los días sus posibilida- des, se ha constituido en la verdadera supervía del siglo XXI.

¿Por qué ha sido tan atractivamente poderosa la red? En primer término, por su capacidad para adap- tarse con facilidad a las necesidades de cada quien, aunque justo por esta razón puede terminar sometién- donos para que seamos nosotros quienes nos adap- temos a ella. Internet es un medio de interacción que tiene características específicas, que son causa y con- secuencia de la sociedad en la que se desarrolla. Propicia patrones de conducta que son legales, social- mente aceptados, y genera la ilusión de que cada uno de los usuarios es tomado en cuenta, además de permitir formas de expresión mucho más sencillas que la comunicación presencial. Desaparece la comunica- ción no verbal, lo cual provoca en ciertas personas un efecto desinhibidor que puede resultar poderosamen- te estimulante.

La comunicación ciberespacial –como se le ha lla- mado– ofrece también la posibilidad de entrar en con- tacto con extraños, a la vez que crea una red de apoyo social acaso más aparente que real, pero que satisface de forma rápida y segura la necesidad bási- ca humana de comunicarse, así sea desde el anoni- mato. Esto último explica por qué se pierden fácilmen- te los límites y se pueden generar identidades ficticias.

Internet permite construir una personalidad virtual que, en caso de fracasar, puede modificarse fácilmen- te. A muchos les ha permitido reinventarse en ese mundo virtual; cubrir necesidades nunca afrontadas en la vida real; ocultar miedos, inseguridades, aspek- tos negativos de la imagen corporal y edificar un «yo» aceptable en una realidad simulada.

¿Hay adicciones a internet? Existen ciertamente descripciones de casos clínicos sugerentes, todo depende de los criterios diagnósticos que se usen. Si son restrictivos, los porcentajes bajan. Lo cierto es que no se trata de una epidemia, aun cuando ciertos grupos son más vulnerables a desarrollar algún tipo de trastorno relacionado con el uso de algunas de las múltiples aplicaciones de internet¹². Por ejemplo, los adolescentes y aquellos que atraviesan por situaciones de estrés intenso o con necesidades especiales. Otros lo utilizan más como una especie de soporte emocional; se trata de individuos con deficiencias en la estructura de su personalidad, con baja autoestima o excesiva tendencia a la fantasía.

Internet puede ser el juego de espejos perfecto. Se puede experimentar con nuevas formas de ser; por eso ha sido tan utilizado para buscar pareja. Ofrece, además, espacios anónimos, percibidos como seguros, capaces de provocar experiencias placenteras, excitantes, ¿adictivas?

El servicio es a domicilio, pero también puede estar en el trabajo, en un café o en el bolsillo. Por si fuera poco, se pueden hacer varias cosas a la vez, con la sensación de que se realizan en lugares diferentes, de tal suerte que, en una sociedad individual y un tanto solitaria como la nuestra, la red le ha abierto a muchas personas puertas que socialmente no les eran accesibles.

Es verdad que hay aficiones desmedidas, hábitos excesivos en los que se invierte mucho tiempo y dinero, que pueden generar problemas o convertirse en refugio psicológico ante las presiones de la vida; lo cierto es que hoy las personas disponen de nuevos canales para expresar emociones de forma rápida y fugaz, y si bien todo esto permite que muchos se adapten mejor a la dinámica social moderna, aunque sea de modo superficial, el grado de interactividad excesivo puede llegar a afectar a individuos susceptibles ya sea en lo psicológico o en lo conductual. Pero ¿son realmente adictos?

Algo semejante ocurre con la llamada adicción al teléfono celular. Existe una abundante documentación clínica de casos que, en su mayoría, podrían caracterizarse como trastornos en el control de impulsos, que pueden llegar a ser, en efecto, disfuncionales¹³. Sin embargo, la idea de medicalizar conductas por haber desarrollado hábitos no necesariamente autorregulados tiene riesgos.

Migración y salud mental

La migración es uno de los fenómenos que mejor caracterizan a la globalización actual. También es una

de sus consecuencias más dramáticas. Si bien es cierto que los flujos migratorios no son nuevos, lo novedoso se observa en sus repercusiones sociales, económicas y políticas. La globalización es un proceso que tiene uno de sus puntales en la economía, pero como esta ha fallado de modo estrepitoso en sus mecanismos para una mejor distribución de la riqueza, la migración se ha acentuado. No es el único origen, por supuesto; hay también motivos políticos, ideológicos, familiares o religiosos, pero una buena parte decide emigrar por razones económicas, por falta de empleo, de vivienda y de acceso a la educación o a la salud.

Al margen de las circunstancias personales que orillan a un individuo a abandonar su lugar de origen, la gran migración, la que ha caracterizado a los últimos tiempos, no se efectúa por capricho: todos esperan encontrar un lugar de bienestar y abundancia; todos esperan encontrar un lugar mejor para vivir.

Si algo ha quedado claro a partir de diversos estudios multinacionales, es que la migración masiva y forzada no resuelve los problemas de las sociedades receptoras (el envejecimiento de la población o la carencia de mano de obra), como tampoco los de los propios migrantes.

La migración pone a prueba la cohesión y el tejido social de las sociedades receptoras. Es innegable que la incorporación masiva de migrantes se ha visto acompañada de fenómenos xenofóbicos. Paradójicamente, la tolerancia hacia las minorías étnicas es menor en los países con mayor proporción de migrantes. No hay duda de que el racismo es uno de los principales agresores de los migrantes, quienes se sitúan siempre en un flanco desprotegido y vulnerable.

En el peor escenario, los migrantes acaban forzosamente por integrarse a un mercado negro para subsistir. Se trata de una versión moderna de la esclavitud, del trabajo clandestino, mal pagado, carente de derechos, que propicia el contrabando y la trata de personas.

Como consecuencia, los migrantes son proclives a entrar con facilidad al ámbito delictivo, para terminar configurando una suerte de profecía autocumplida: la que dice que la migración y la delincuencia a menudo coexisten.

Emigrar es un proceso que implica altos niveles de estrés que con frecuencia superan la capacidad de adaptación de las personas. Recientemente se le ha definido como el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, o síndrome de Ulises, en relación con el héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de los suyos. Se trata, en todo

caso, de un problema de salud mental de grandes dimensiones¹⁴.

La soledad forzada es en sí misma un gran sufrimiento. Afecta sobre todo cuando afloran con fuerza los recuerdos, las necesidades afectivas y los miedos. Muchos migrantes viven un proceso de duelo que se acentúa cuando el proyecto migratorio fracasa. Se trata de individuos que tienen que luchar verdaderamente por su supervivencia: la alimentación, la vivienda, se vuelven problemas colectivos. Las condiciones higiénicas y sanitarias también son dramáticas. A ello habría que agregar las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, los abusos, las detenciones, las expulsiones del país anhelado.

Soledad, carencias extremas, miedo y fracaso en el logro de los objetivos se conjugan con el cambio de lenguaje, de cultura, de paisaje, de forma tal que potencian las pesadillas inimaginables que acosan a los migrantes.

Clínicamente hay datos de depresión, sentimientos de culpa, ideas suicidas; irritabilidad y nerviosismo, preocupaciones recurrentes, insomnio, cefaleas y fatiga; y aunque hay similitudes con el trastorno de estrés posttraumático, la mayor parte de los autores insisten en que se trata de una condición que debe ser considerada, en su propio derecho, como una categoría aparte.

En suma, la idea de comprender mejor la globalización desde la perspectiva de la salud mental es atractiva, aunque metodológicamente compleja. Pero no hay duda: las nuevas tecnologías, las redes sociales y la interacción con máquinas que simulan tener vida han generado nuevos patrones de conducta. Sus dimensiones reales

aún no están del todo comprendidas. También queda claro que la sociedad actual, veloz y consumista al extremo, es en sí misma un factor de riesgo adicional para la salud mental de muchos de nosotros.

El Movimiento para la Salud Mental Global, proyectado internacionalmente a través de las series de artículos publicados en *Lancet*¹⁵, ha sido importante porque ratifica la idea de que no puede haber salud sin salud mental, y que esta debe formar parte integral de la política social de los países.

Bibliografía

1. Freud S. El malestar en la cultura. En: Obras completas de Sigmund Freud. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva; 1981.
2. Marcuse H. Eros y civilización. México: Joaquín Mortiz; 1965.
3. Fromm E. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica; 1964.
4. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. Salud mental en México. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
5. De la Fuente JR, Heinze G. Salud mental y medicina psicológica. México: McGraw Hill; 2012.
6. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: W.W. Norton; 1950.
7. Ramonet I. Los nuevos amos del mundo. En: Le monde diplomatique. Madrid: Debate; 1998. p. 116-20.
8. Sachs JD. La economía de la felicidad. En: El País. Madrid, 4 de septiembre de 2011; p. 10.
9. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475:27-30.
10. Heinze G, Chapa GC, Santisteban JA, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Mental*. 2012;35:279-85.
11. Bratman S, Knight D. Health food junkies: the rise of orthorexia nervosa, the health food eating disorder. New York: Broadway; 2000.
12. Charlton JP, Danforth ID. Distinguishing addiction and high engagement in the context of on line game playing. *Comp Hum Behavior*. 2007;23:1531-48.
13. Beramy M, Sánchez Carbonell X. El móvil en la sociedad de la comunicación. En: Talarn A, comp. Globalización y salud mental. Barcelona: Herder; 2007.
14. Achotegui J. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple: el síndrome de Ulises. En: Talarn A, comp. Globalización y salud mental. Barcelona: Herder; 2007.
15. Lancet Mental Health Group. *Lancet*. 2007;370:1241-52.

Inequidades en la salud en México

Nivaldo Linares-Pérez¹ y Oliva López-Arellano^{2*}

¹Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala, México, D.F.; ²Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, D.F.

Resumen

Se presenta un abordaje crítico sobre la reforma del sector salud en México y sus efectos sobre el acceso y la equidad de los sistemas estatales de salud. Se discuten las principales estrategias implementadas y se hace una valoración de su contribución al logro de la equidad en salud, utilizando indicadores socioeconómicos, de servicios de salud e intervenciones para dos momentos del proceso, 1990 y 2002. Se concluye que la dinámica de inequidades se profundiza en el periodo y que las transformaciones de los sistemas estatales de salud no contribuyen al logro de la equidad en el acceso.

PALABRAS CLAVE: Reformas en salud. Equidad en salud. Inequidades en salud. Equidad en salud en México.

Abstract

This study presents a critical approach on health sector reform in Mexico and its impact on access and equity in state health systems. We discuss the main strategies adopted and made an assessment of its contribution to achieving equity in health, using socioeconomic indicators of health services and interventions for two moments, 1990 and 2002. We conclude that the dynamics of deepening inequalities in the period and the transformation of state health systems do not contribute to the achievement of equity in access.

KEY WORDS: Health care reform. Equity in health. Health inequalities. Equity in health in Mexico.

El contexto de la reforma

América Latina y el Caribe conforman la región que presenta la mayor desigualdad social en el mundo, desigualdades que tienen expresiones concretas en los determinantes sociales de la salud y que configuran inequidades en indicadores sociosanitarios, en el acceso a servicios y en las condiciones de salud, entre países, regiones y grupos sociales¹.

Las reformas económicas de mercado*, implementadas en la mayoría de los países de la región durante las décadas de 1980-1990², lejos de atemperar las desigualdades las profundizaron, pues el crecimiento logrado fue heterogéneo y regresivo para las mayorías,

configurando sociedades crecientemente polarizadas, donde persiste la pobreza, empeora la distribución del ingreso, se incrementa la diferencia entre ricos y pobres y se debilita la gobernabilidad³⁻⁶.

La carga estatal –financiera, de recursos y servicios– es cuestionada, se le responsabiliza de la crisis económica y se impulsa la redefinición de las relaciones Estado-mercado y el reordenamiento de lo público⁷. En México, desde 1982, se implementan distintas estrategias para reducir el tamaño del sector público y limitar el papel del Estado en la rectoría del desarrollo, reduciendo su intervención en la economía interna y en la regulación de los mercados⁸. Este proceso,

*Esta denominación hace referencia a las reformas derivadas del modelo de globalización neoliberal, basado en la economía neoclásica.

El presente escrito corresponde al III Simposio «Algunos problemas globales de salud de impacto local», mismo que se desarrolló los días 3 y 4 de febrero de 2011, cuyo tema fue «Los sistemas de salud y su impacto en las poblaciones».

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

Correspondencia:

*Oliva López-Arellano

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso, 1100

Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.

E-mail: oli@correo.xoc.uam.mx

llamado reforma del Estado, configura una agenda caracterizada por la centralización de la política macroeconómica, la descentralización y privatización de las burocracias encargadas de la provisión de servicios sociales, la introducción de competencias entre los proveedores de servicios (públicos y privados) con la intención de incrementar la eficiencia y calidad, así como la delegación de las funciones de regulación en agencias independientes para vigilar la provisión de servicios, el manejo de las externalidades y la operación del sistema con un número limitado de funcionarios públicos⁹.

Como resultado de todos estos cambios, la política social queda subordinada a la política macroeconómica, se orienta a mitigar la pobreza y focaliza su atención en las poblaciones con mayores carencias materiales, a través de intervenciones selectivas^{10,11}. La política de salud pretende hacer frente a los problemas de organización y desempeño del sistema de salud y se adoptan esquemas que buscan diversificar las fuentes de financiamiento de los servicios, ampliar su cobertura y favorecer políticas de gasto orientadas a paquetes básicos. En estas propuestas de reorganización sanitaria concurren organismos de cooperación técnica internacional en materia de salud¹²⁻¹⁴ y agencias financieras multilaterales¹⁵⁻¹⁸, cuyo papel tiene una enorme trascendencia en la arquitectura y orientación de los procesos de reforma en la mayoría de los países de América Latina, imponiendo sus políticas de privatización de lo público rentable y de apoyo a la conformación de mercados en salud¹⁹. En esencia, el efecto principal del rol que desempeñan las agencias supranacionales es la suplantación de las instituciones nacionales de salud en las decisiones y conducción de la reforma en salud, al convertir este tema en un problema fundamentalmente económico-financiero con escasos matices sanitarios²⁰, que subordina y/o desplaza la posición tradicional de impulso a lo público en las instituciones internacionales de cooperación técnica en salud como la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) y su versión regional para el continente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²¹.

En México, la reorientación del papel del Estado en el ámbito de la salud es impulsada de forma especial por el Banco Mundial en la década de 1990, que recomienda e impone, por la vía de préstamos condicionados, el enfoque selectivo del quehacer público en el financiamiento y la producción de servicios de salud²². Se pretende contener el gasto, reducir la ineficiencia de operación del sistema público e introducir

otra lógica de ordenamiento al sector salud y, simultáneamente, superar el agotamiento de la capacidad de respuesta frente a la complejidad sanitaria y la exacerbada desigualdad, especialmente en la distribución de los recursos y de los servicios, en un contexto de marcado deterioro de las condiciones de vida de las mayorías, de crecimiento de la pobreza de grandes núcleos poblacionales y de reducciones severas en el gasto público y en la inversión social²³. Es en estos momentos cuando el discurso sobre la equidad cobra fuerza, justificando las propuestas de focalización, con argumentos sobre los bienes limitados, recursos insuficientes y necesidades crecientes de las poblaciones pobres.

La equidad en salud

La equidad en salud remite a planos éticos, que involucran valores, justicia social y derechos, en tanto desde su definición la inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable²⁴. Así, la equidad en salud debe ser entendida como una expresión de justicia social en múltiples dimensiones, ya que involucra: los determinantes sociales de la salud, los resultados finales de salud, así como el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria.

La inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es la evidencia empírica expresada en agregados estadísticos.

Evaluar inequidades requiere medir lo que es injusto en una sociedad, lo que implica un juicio de valor que depende de la teoría de la justicia adoptada y de conceptos politiconormativos. También es posible evaluar la equidad horizontal, entendida como tratamiento igual a necesidades de salud iguales, y equidad vertical, que busca el tratamiento «apropiadamente desigual» de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de atención.

En sus dimensiones operativas, se puede considerar la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, la forma en que los servicios son recibidos por la población, y la forma en que los servicios de salud son pagados. Mientras que la accesibilidad hace referencia a que los establecimientos, bienes y/o servicios públicos estén al alcance de la población, la equidad en el acceso se refiere no solo a la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios de acuerdo con parámetros de necesidad.

La reforma mexicana del sector salud

En México se identifican cinco estrategias centrales desarrolladas en el marco de la reforma sectorial, observadas también en la región latinoamericana²⁵: a) las transformaciones en torno a la regulación de la atención, productos y servicios; b) la diversificación de las fuentes y mecanismos de financiamiento públicos y privados; c) el reordenamiento de la prestación de servicios públicos de salud; d) la ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante el ofrecimiento de paquetes básicos, microseguros y cuotas de recuperación, con participación del sector privado dentro del sistema, y e) la descentralización de los servicios de salud como alternativa para lograr la corresponsabilidad de los gobiernos estatales y municipales, así como alentar la participación ciudadana en salud.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva, la implementación de las estrategias señaladas tienen efectos limitados en la búsqueda de la equidad. Para sustentar esta afirmación y con el propósito de ilustrar los cambios en el contexto de la reforma del sector salud en México, se retoman algunos resultados de la investigación sobre «Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad 1995-2002»²⁶⁻²⁸.

Método

Se trata de un estudio ecológico de comparación de grupos y modelo de evaluación no experimental antes-después, que incluye a la población de México, en sus 32 entidades federativas, con información disponible, comparable y que fue posible integrar en bases de datos, para los años de 1995 (t_0) y 2002 (t_1).

En este estudio se consideraron tres dimensiones: a) información demográfica, social y económica, expresada como condiciones de vida; b) resultados de salud, y c) servicios de salud e intervenciones de reforma. La medición de desigualdades en salud se hizo a través de un índice de inequidades en salud (INIQUIS) que combinó indicadores de cada una de las dimensiones exploradas.

El cálculo de INIQUIS parte de un conjunto de indicadores que reflejen el concepto de inequidad en salud, medidos en un grupo de unidades geográficas, y se construye a partir de un procedimiento interactivo. Se define un indicador inicial (fundamental) que se entiende no debe dejar de formar parte del índice, y a partir de ahí realizar una incorporación

paso a paso de indicadores mediante una regla de decisión. La determinación de los indicadores que formarán parte del INIQUIS se basa en la identificación de aquellos que sean «distantes» e «incorrelacionados». Dicho de otra manera, la metodología usa un procedimiento para la medición de distancias euclidianas promedio entre indicadores (selección de indicadores «distantes»), y el coeficiente de correlación de Spearman (selección de indicadores «incorrelacionados»), para determinar si un indicador se incorpora o no al índice. El método de cálculo del INIQUIS opera con los valores de las inequidades relativas en lugar de los valores iniciales que toma cada indicador. Con este procedimiento se consigue «estandarizar» el rango de variación de los indicadores, de modo que todos tomen valores entre 0-1²⁹.

Los indicadores para cada dimensión fueron los siguientes:

- Condiciones de vida: índice de marginación social, porcentaje de población mayor de 15 años alfabeta e ingreso anual per cápita (US\$ ajustados).
- Resultados de salud: esperanza de vida al nacer, tasas de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de 5 años, tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la nutrición, tasa de mortalidad general estandarizada, incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar.
- Servicios de salud: porcentaje de población con derecho a la seguridad social, porcentaje de niños de 1 año vacunados con esquema completo, porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado, médicos/1,000 habitantes, camas censables/1,000 habitantes, gasto público en salud per cápita, gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB).
- Intervenciones de reforma: número de años con la descentralización, número de años de instalación del Organismo Público Descentralizado (OPD) de los servicios de salud, porcentaje de aportación estatal en salud, porcentaje de aportación federal en salud, porcentaje de partos atendidos institucionalmente en el año, número promedio de consultas prenatales por embarazadas, porcentaje de población abierta atendida por primera vez en el año, porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.

Resultados

El INIQUIS, para cada una de las dimensiones de las desigualdades de salud analizadas, presentó un significativo incremento en el número de entidades federativas que presentaron cambios en la situación de desigualdad relativa de salud de 1995-2002 (Tabla 1).

El análisis de la desigualdad relativa global de salud para 1995 indicó que el 43.7% (14) de los estados del país presentaron niveles de desigualdad, mientras que para 2002 esta proporción se elevó a 75.0% (24), es decir, se registró un incremento de poco más del 30%, con la excepción de cinco entidades (15.6%): Distrito Federal, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Tabasco, que mantuvieron una menor desigualdad relativa global esos años, y de tres estados que cambiaron su situación de desigualdad relativa global, al pasar de franca desigualdad a una menor desigualdad; el 75.0% de entidades federativas del país mantuvieron en 2002 el nivel de desigualdad relativa global que presentaron en 1995.

La situación de desigualdad relativa de las condiciones de vida en 1995 mostró que poco menos del 50% de los estados del país tuvo desigualdades en sus territorios. Este porcentaje disminuyó para 2002, al reportarse 11 entidades con presencia de desigualdades según el modelo del INIQUIS. Cuando al modelo de INIQUIS se incorporan los indicadores de las intervenciones de reforma, el número de estados con presencia de desigualdades de las condiciones de vida se incrementa, mostrando que en el 71.8% de las entidades del país persisten las desigualdades.

La desigualdad relativa en los resultados de salud se expresó en 1995 en seis estados (18.7%); mientras que para 2002, sin tomar en cuenta el probable efecto de las estrategias de reforma, este número se duplicó, lo cual muestra que más de la mitad de las entidades federativas del país (56.2%) presentaron niveles elevados de desigualdad en los resultados de salud. Por otro lado, al ser consideradas en el análisis las diferentes estrategias de reforma desarrolladas en esos años, el número de estados del país con presencia de desigualdades aumenta aún más, hasta llegar a 22, es decir, el 68.7% de las entidades del país presentaban desigualdades de resultados de salud.

El análisis para la desigualdad relativa de los resultados de salud muestra que los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato, con evidencia de presentar desigualdades para 1995, continuaron presentando esta condición para 2002. En ese mismo sentido, se observó que para

los años 1995 y 2002 otro grupo de estados (Hidalgo, Baja California, Michoacán, San Luis Potosí, Querétaro, Zacatecas y Tlaxcala) mantuvieron las condiciones de desigualdad. Finalmente, el Distrito Federal, seguido por Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Aguascalientes, y en menor grado Veracruz, Jalisco y Estado de México, presentaron los más bajos valores de INIQUIS y con ello la condición de menor desigualdad relativa en los resultados de salud.

La desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud mostró una situación de incremento de la desigualdad. Para 1995, 21 estados (65.6%) del país evidenciaron presencia de desigualdades en los servicios de salud. Esta proporción se mantuvo para el año 2002; sin embargo, al ser incluidos los indicadores sobre las «intervenciones de reforma», la proporción de estados con presencia de desigualdades en el acceso a los servicios de salud ascendió a 24 (75.0%).

La desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002 mostró que en el caso del Distrito Federal, Aguascalientes y Sonora la situación de desigualdad disminuyó. En contraste, se expresó un marcado retroceso en la situación de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud en los estados de Coahuila, Durango, Colima, Baja California Sur, Sinaloa, Baja California y Nuevo León, con base en el modelo INIQUIS cuando incorpora los indicadores sobre las «intervenciones de reforma».

Los hallazgos muestran que las intervenciones de reforma no influyeron en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida dada su naturaleza estructural. En 1995, los mismos estados con desigualdad relativa de los resultados de salud continuaron en esta condición para 2002. Entidades que en 2002 presentaron niveles menores de desigualdad respecto a 1995, al incorporar las intervenciones de reforma, incrementaron sus niveles de desigualdad relativa, es decir, en algunos estados, las intervenciones de reforma tuvieron un efecto negativo sobre la desigualdad en los resultados de salud.

La desigualdad relativa de resultados de salud entre las entidades federativas del país se incrementó en un tercio de los estados y no hubo cambio sustancial respecto a la desigualdad relativa de los servicios de salud en esos años. A pesar de que las estrategias de reforma sanitaria de 1995-2002 se concentraron básicamente en el ámbito de los servicios de salud, ningún estado exhibió valores bajos del INIQUIS, excepto el Distrito Federal.

La situación de desigualdad mejoró discretamente o se mantuvo igual a la registrada en 1995 para un

Tabla 1. Desigualdad relativa global y por dimensiones de equidad según entidad federativa según modelos INIQUIS de 1995 y 2002

Entidad federativa	INIQUIS, 1995			
	RS	AS	CV	DRG
Oaxaca	0.6146	0.7769	0.5561	0.6492
Chiapas	0.5955	0.7495	0.5826	0.6425
Puebla	0.5682	0.7922	0.5637	0.6414
México	0.5091	0.7192	0.6047	0.6110
Guerrero	0.5528	0.7151	0.5540	0.6073
Michoacán	0.4928	0.6920	0.5589	0.5812
Guanajuato	0.5074	0.6491	0.5532	0.5699
Tlaxcala	0.4488	0.7006	0.5117	0.5537
Morelos	0.4550	0.6696	0.5219	0.5488
Hidalgo	0.4889	0.6387	0.5110	0.5462
Querétaro	0.4770	0.5901	0.5248	0.5306
Veracruz	0.4526	0.6452	0.4698	0.5225
Jalisco	0.4680	0.5406	0.5437	0.5174
San Luis Potosí	0.4369	0.6073	0.4765	0.5069
Campeche	0.3777	0.6206	0.4791	0.4925
Quintana Roo	0.3981	0.5560	0.5134	0.4892
Zacatecas	0.4057	0.5674	0.4481	0.4737
Chihuahua	0.4003	0.5106	0.4859	0.4656
Aguascalientes	0.4428	0.4474	0.4937	0.4613
Baja California	0.4015	0.4666	0.5053	0.4578
Tabasco	0.3973	0.5293	0.4327	0.4531
Nayarit	0.3881	0.5492	0.4094	0.4489
Yucatán	0.4417	0.5497	0.3389	0.4434
Nuevo León	0.3454	0.402	0.4918	0.4131
Colima	0.4048	0.4633	0.4412	0.4364
Durango	0.4096	0.4685	0.4300	0.4360
Sinaloa	0.3898	0.4349	0.4464	0.4237
Coahuila	0.3901	0.3944	0.4538	0.4128
Sonora	0.3593	0.4154	0.4461	0.4069
Distrito Federal	0.4055	0.2496	0.5599	0.4050
Tamaulipas	0.3527	0.4092	0.3971	0.3863
Baja California Sur	0.3098	0.3112	0.4327	0.3512
INIQUIS, 2002-Reforma				
RS	AS	CV	DRG	
0.7169	0.7629	0.6145		0.6981
0.6552	0.6617	0.6082		0.6417
0.6723	0.6375	0.6026		0.6375
0.5997	0.6388	0.6093		0.6159
0.5519	0.6767	0.5759		0.6015
0.6214	0.6240	0.5288		0.5914

Continúa

Tabla 1. Desigualdad relativa global y por dimensiones de equidad según entidad federativa según modelos INIQUIS de 1995 y 2002 (Continuación)

INIQUIS, 2002-Reforma			
RS	AS	CV	DRG
0.5382	0.6406	0.5876	0.5888
0.5698	0.6241	0.5721	0.5887
0.5590	0.6573	0.5440	0.5868
0.6045	0.5622	0.5688	0.5785
0.5899	0.5928	0.5511	0.5779
0.5754	0.6187	0.5361	0.5767
0.5607	0.5984	0.5619	0.5737
0.5953	0.5789	0.5417	0.5720
0.5786	0.5606	0.5767	0.5720
0.5797	0.5633	0.5696	0.5709
0.5367	0.6278	0.5282	0.5642
0.5364	0.5820	0.5743	0.5642
0.5489	0.5783	0.5422	0.5565
0.5343	0.5494	0.5649	0.5495
0.5718	0.5789	0.5150	0.5552
0.5419	0.5322	0.5488	0.5410
0.4919	0.5829	0.5345	0.5364
0.5508	0.5719	0.4084	0.5104
0.4413	0.4734	0.4841	0.4663
0.3573	0.4654	0.3834	0.4020
0.3945	0.3486	0.4488	0.3973
0.3692	0.4060	0.4065	0.3939
0.3606	0.3842	0.4203	0.3884
0.3313	0.4007	0.3270	0.3530
0.3248	0.3968	0.3044	0.3420
0.1982	0.0472	0.3127	0.1860

RS: desigualdad relativa en los resultados de salud; AS: desigualdad relativa en el acceso a servicios de salud; CV: desigualdad relativa en las condiciones de vida; DRG: desigualdad relativa global.

La tabla se elaboró en forma decreciente, tomando como referencia el valor de DRG del INIQUIS 1995. 2002-Reforma se refiere al modelo 2002 del INIQUIS que incorpora las intervenciones de reforma.

Para ambos cuadros, el tono gris claro corresponde a los estados del país que presentaron niveles de desigualdad de acuerdo al análisis de Desigualdad Relativa Global para 1995 (14 estados) y 2002 (24 estados).

pequeño grupo de estados; sin embargo, para la mayoría se observa un moderado «estancamiento» en la desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002.

Conclusiones

La reforma del sistema público de salud inicia en México en la década de 1980 y avanza modelada por los procesos de ajuste macroeconómico y reforma del

Estado que caracterizan este periodo. Después de varios años de implementación de estrategias que pretenden modernizar el sector salud y hacerlo eficiente, el cambio del sistema se consolida, revitalizando la polémica que ha acompañado el proceso en torno al sentido de la reforma, sus resultados y los efectos limitados que dichas transformaciones tienen sobre la equidad en salud.

La reforma impulsada en México destaca en sus planteamientos conceptuales, estratégicos y programáticos

el interés por la equidad en salud. Sin embargo, dado que se trata de una reforma secundaria al proceso de reordenamiento neoliberal y modelada por él, en su implementación predominan los mecanismos orientados a modificar la lógica de financiamiento y gestión de los servicios, así como su racionalidad y eficiencia. Si bien el discurso sobre la equidad persiste a lo largo del proceso de reforma, los logros en esta dimensión son poco relevantes y su contribución a la modificación de los determinantes sociales de la salud es prácticamente nula.

Los resultados de la investigación muestran que la reforma sanitaria de la década de 1990 tuvo efectos muy limitados sobre la equidad en salud y que los niveles de desigualdad en el acceso a servicios, aun con intervenciones específicas, no mejoran significativamente en el periodo analizado.

Bibliografía

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2010.
2. Soto E, Carrillo M, Revueltas A. Globalización, economía y proyecto neoliberal en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1995.
3. Levcovitz E. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Ponencia presentada en la Quinta Conferencia Conmemorativa del Centenario de OPS, Universidad de Nicaragua. Managua, Nicaragua, 10-11 de octubre, 2002.
4. Ahumada C. Gobernabilidad en el proceso de globalización. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24(n.º especial):45-50.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2006.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2007.
7. Franco A. Globalización, gobernabilidad y salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24(n.º especial):36-44.
8. López O, Blanco J. Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. Temas y desafíos en salud colectiva. Argentina: Lugar Editorial; 2007. p. 21-48.
9. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;XVIII:905-25.
10. López O, Blanco J. La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1993.
11. López O. La selectividad en la política de salud. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Laurell C, coord. México: Fundación Friedrich Ebert y UAM-X; 1994. p. 33-60.
12. Organización Panamericana de Salud (OPS). Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada. Washington: Organización Panamericana de la Salud (HSP/SILOS-40); 1996.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana. Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe (LACHSR). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002a.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región andina. Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe (LACHSR). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002b.
15. Banco Mundial (BM). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1987;103(6).
16. Banco Mundial (BM). Informe sobre el desarrollo mundial 1990. La pobreza. Washington: Banco Mundial; 1990.
17. Banco Mundial (BM). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial; 1993.
18. Banco Interamericano de Desarrollo (BM). Progreso económico y social en América Latina. Tema especial: Cómo organizar con éxito los servicios sociales. Washington: Banco Mundial; 1996.
19. Laurell AC, López O. Market commodities and poor relief: the World Bank Proposal for Health. *Int J Health Services*. 1996;26(1):1-18.
20. Chen L, Berlinguer G. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Publicación científica y técnica n.º 585. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 37-47.
21. Waitzkin H. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *Lancet*. 2003;361:523-6.
22. López O, Blanco J. La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;XVII:43-54.
23. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Fundación Friedrich Ebert México y Ediciones Era; 1997.
24. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. *Int J Health Services*. 1992;22:429-45.
25. Molina J. Procesos de reformas de salud en América Latina. Ponencia presentada en el Diplomado Salud, Economía y Desarrollo Humano. México, D.F.: Facultad de Medicina de la UNAM; 2003.
26. Linares N. Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México (1995-2002). México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2006.
27. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Med Social*. 2008;3(3):247-59. Disponible en URL: www.medicinasocial.info.
28. Linares N, López O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. *Salud Colectiva*. 2009;5(2):237-57.
29. López C. Inequidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe. La Habana: Universidad de La Habana; 2000.

El Consejo de Salubridad General

David Kershenobich Stalnikowitz*

Consejo de Salubridad General, México, D.F.

Resumen

El sistema de salud mexicano requiere, para su adecuado funcionamiento, de un organismo que apoye de manera jurídica las acciones de los programas que se implementan, así como el soporte jurídico para la implementación de programas que deben cumplirse obligatoriamente por parte de las autoridades de salud de todos los niveles. Este organismo es denominado Consejo de Salubridad General (CSG), y en este trabajo se presenta el papel de este Consejo dentro de la Secretaría de Salud (SSA), así como su papel en la transformación de nuestro sistema de salud.

PALABRAS CLAVE: Consejo de Salubridad General. Sistema de salud mexicano. Transformación del sistema de salud.

Abstract

The Mexican health system requires an agency to support the legal actions that are implemented, such as a legal support for the implementation of programs that must be observed by the health authorities of all levels. This organism is called General Health Council, and in this paper the role of this Council within the Ministry of Health, and its role in transforming our health system are described..

KEY WORDS: General Health Council. Mexican health system. Health system transformation.

En 1841, con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, se funda lo que a la postre sería el CSG, y tiene como principal objetivo vigilar el ejercicio de la medicina, la vigilancia en la venta de sustancias farmacéuticas, la vacunación (solo existía la vacuna de la viruela), y se le confiere la autoridad sobre las distintas formas de gobierno en el país en materia de higiene y salud pública. En 1917, el Consejo adopta el nombre de CSG y se eleva a rango constitucional dependiendo directamente del presidente de la República.

Al CSG¹ compete aprobar y publicar, en el *Diario Oficial de la Federación*, los acuerdos necesarios y disposiciones generales de observancia obligatoria en materia de salubridad general, la declaratoria de los casos de enfermedades graves que sean causa de emergencia, dictar medidas contra la venta y producción

de sustancias tóxicas, operar la base de datos de precursores químicos y productos químicos esenciales.

Son también atribuciones del CSG determinar las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica, y elaborar y mantener actualizado el cuadro básico de medicamentos y definir aquellos tratamientos y medicamentos asociados a gastos catastróficos. Tiene además la facultad de opinar sobre la concesión de licencias de utilidad pública que le sean requeridas por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial.

El reglamento interior de la comisión interinstitucional del cuadro básico y catálogo de insumos del sector salud (CBCISS) evalúa la evidencia y eficiencia de medicamentos, auxiliares de diagnóstico e instrumentos y equipos médicos. En el año 2010 el CSG incluyó un total de 2,556 insumos codificados en 13,777 claves;

Correspondencia:

*David Kershenobich Stalnikowitz

Vasco de Quiroga, 15

Col. Tlalpan, Del Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: kesdhipa@yahoo.com

Fecha de recepción en versión modificada: 10-10-2012

Fecha de aceptación: 12-10-2012

de ellos, 847 fueron medicamentos, 305 auxiliares de diagnóstico y 1,057 instrumentos y equipos médicos. A partir del año 2012 se abrió además un derecho de réplica en el que aquellos que someten alguna propuesta tienen un derecho de réplica de 72 h, y el CSG otras 72 h, antes de dar la respuesta definitiva inicial por el secretariado técnico de la comisión; esto ha elevado casi en 50% el número de propuestas aceptadas. Además, la norma señala que el proceso de evaluación por el comité del CBCISS deberá terminarse en un periodo máximo de 4 meses a partir de que se someta la propuesta.

El proceso de certificación de establecimientos de atención médica consta de tres pasos: la autoevaluación, la auditoría y el dictamen; lo que pretende es una homologación internacional con criterios reconocidos por la *Joint Commission* internacional, en que se consideran las metas internacionales de seguridad del paciente, cuya evaluación permite distinguir el cumplimiento con los estándares nacionales e internacionales y contar con la documentación obligada que lo demuestre; se evalúan estándares centrados en la atención del paciente así como aquellos centrados en la gestión de la institución médica.

Entre los estándares centrados en el paciente, se consideran el acceso a la atención y continuidad de la misma, los derechos del paciente y de su familia, la evaluación y atención de los pacientes, los servicios auxiliares de diagnóstico, el tipo de anestesia y atención quirúrgica, el manejo y uso de medicamentos y la educación del paciente y de su familia.

En los estándares centrados en la gestión se consideran las medidas implementadas en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, la prevención y control de las infecciones, el gobierno y liderazgo de la dirección, la gestión y seguridad de la instalación, la calificación y educación del personal y el manejo de la comunicación y la información.

El hospital es visto como un todo, integrado por diversos servicios y procesos que de manera coordinada garantizan la continuidad de la atención con un enfoque de calidad y seguridad para los pacientes, todo ello como parte de una misión organizacional, en que la atención médica planificada y efectiva esté centrada en las necesidades específicas de cada paciente.

El trabajo de los auditores que llevan a cabo estas certificaciones se encuentra enmarcado por normas de auditoría y principios éticos, habiéndose desarrollado una capacitación teórica y práctica para que los

procesos de auditoría se desarrollen bajo principios de transparencia, tales como: descripción amplia de las fases de certificación en el Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales; acompañamiento a los auditores por personal del hospital en todas las fases de auditoría; sesiones diarias de retroalimentación; entrega del reporte preliminar y dictamen de certificación sustentado en reglas de decisión explícitas.

Recientemente, el CSG participa en el diseño de políticas de prevención de la salud que consideran la prevención primaria que comprende estilos de vida (dieta, actividad física y tabaquismo), medio ambiente y acceso a servicios de salud, prevención secundaria en temas tales como obesidad, hiperlipemias, glucosa elevada, hipertensión arterial y prevención terciaria que considera aspectos de manejo diagnóstico y terapéutico en enfermedades cardiovasculares, diabetes *mellitus*, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal y síndrome metabólico.

En reciente reunión del CSG se aprobaron varios acuerdos para avanzar en la prevención de enfermedades:

- Acuerdo en el que se establecen medidas para la elaboración del examen nacional de aspirantes a las residencias médicas y para la actualización previa de los pasantes en el servicio social de la carrera de Medicina, en materia de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Recomendación a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) para que, en un periodo no superior a 4 años, incorpore de manera progresiva reactivos orientados a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, hasta alcanzar un 25% del contenido del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.
- Se instruyó a la SSA para que, en el orden del día de la próxima reunión del Consejo de Salud, se incluya una propuesta para que las autoridades sanitarias competentes, en el ámbito de sus atribuciones, en coordinación con la autoridad educativa, promuevan la incorporación de un curso sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, dirigido a todos los pasantes de la carrera de Medicina, previo a la realización del servicio social.
- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de

atención médica que se sujeten al procedimiento de certificación del CSG.

- Acuerdo por el que se exhorta a la SSA a promover, ante los institutos nacionales de salud y otras instituciones, que realicen investigación en salud relacionada con estudios de cohorte en materia de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Acuerdo por el que se recomienda la disminución del uso de sal común o cloruro de sodio en la elaboración de pan como una medida para la prevención de enfermedades cardiovasculares y otras cronicodegenerativas.

Estas acciones ejemplifican la labor del CSG y muestran como el mismo puede contribuir a la

transformación del sistema mexicano de salud, a través de medidas orientadas a la calidad y seguridad en la atención de los pacientes y otras que refuerzan el tipo de atención médica fundamentalmente en el aspecto de la prevención. Este último enfoque es prioritario cuando las principales causas de mortalidad en México se deben en la actualidad a las enfermedades crónicas degenerativas, que se caracterizan por ser de larga duración, difícil curación y de alto impacto social y médico.

Bibliografía

1. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Diario Oficial de la Federación. Diciembre 2009.