



Capítulo 9

Rasgos generales del sistema de salud en México

Guadalupe Soto Estrada / Miguel Ángel Lutzow Steiner /
Rafael González Guzmán

Antes de comenzar el estudio de este capítulo es pertinente que el lector —estudiante de Medicina y futuro médico— inicie con una reflexión sobre algunas preguntas esenciales para el estudio de los temas que serán considerados en esta sección. Entre ellas se cuentan las siguientes: “¿cómo surgieron los sistemas de salud?, ¿cuál es la utilidad de contar con un sistema de salud?, ¿qué alcance tienen o deberían tener estas actividades?, ¿quién o quiénes son los responsables de que se lleven a cabo estas actividades?, ¿son iguales los beneficios del sistema para todos al margen de su situación social o económica?, ¿bajo qué condiciones trabajan los médicos, enfermeras, técnicos en un sistema de salud como el mexicano?”

Este capítulo analiza qué es un sistema de salud, de dónde surge, qué funciones básicas realiza y cuáles son los principales problemas que enfrentan en la actualidad algunos de los sistemas de salud en algunos países del mundo y en México. También se consideran algunas de las alternativas que están surgiendo dentro y fuera de México con el propósito de que el lector conozca las distintas posturas y propuestas para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de las personas, y que al mismo tiempo posibilite el análisis de algunos aspectos relevantes en torno al sistema de salud mexicano. El propósito es que el estudiante de Medicina conozca el sistema en el que trabajará, de forma que logre incorporarse a éste desde una perspectiva crítica y propositiva.

¿Qué se entiende por sistema y por sistema de salud?

Ya Aristóteles reconoce que “la totalidad es más que la suma de sus partes” pues al unirse éstas surgen *propiedades nuevas* no derivadas de cada una por separado. Tales propiedades nuevas dan origen a la necesidad del concepto de sistema. Así, lo primero es explicar qué se entiende por “sistema” y para ello cabe citar la definición de Hernán San Martín,

quien dice que un sistema “es una combinación reconocida y delimitada de elementos dinámicos (personas, servicios, organizaciones, materiales, conceptos, etc.) que, siendo interdependientes, están conjuntados entre sí y que actúan de modo permanente según ciertas leyes para producir un determinado efecto”. Así, se ha desarrollado la idea de “sistema” como una forma de analizar y estudiar los fenómenos que ocurren en la Naturaleza y en la sociedad.¹

Desde tal perspectiva, un sistema está integrado por varios elementos que interactúan de manera constante entre sí. Según la naturaleza de los elementos constituyentes los sistemas, pueden ser físicos, biológicos, psicológicos, sociológicos o simbólicos, y estar organizados jerárquicamente de acuerdo con la complejidad de su *nivel de organización*. De esta manera, dentro de la gran variedad de sistemas y *subsistemas* que pueden ser sujetos de estudio, entran como tales el *ser humano* y su *organización social*, y dentro el sistema, denominado *organización social* se incluyen las respuestas que se dan por parte de sociedad a los problemas relativos a la salud y la enfermedad.²

De forma genérica se ha esquematizado que los sistemas tienen entradas de “*insumos*” los cuales son *procesados* por los elementos del sistema produciendo salidas o “*resultados*”. Los sistemas pueden ser *cerrados*, como los ensayos de laboratorio diseñados para tener la menor interferencia de fuerzas externas que interfieran en la medición de variables. Un ejemplo de esto son los dispositivos para detectar neutrinos que atraviesan el planeta; tales artefactos se construyen enterrados en la oscuridad casi absoluta a cientos de metros bajo la tierra a fin de medir las ínfimas cantidades de energía que liberan al interactuar estas partículas pequeñísimas con agua pesada. Por otra parte, los sistemas también pueden estar *abiertos* a otros componentes, incluso propios de distintos niveles de organización. De esta forma, el análisis de lo que sucede en el interior de un sistema, si es abierto, no puede

reducirse a la interacción entre sus elementos, sino que además debe incluir las formas a través de las cuales otros sistemas lo "atravesian" o inciden sobre aquél.

Para algunos pensadores, todos los sistemas incluyen objetivos o finalidades, y tienen la propiedad de ajustarse a las condiciones cambiantes a fin de conseguir dichos objetivos. Como se consideró en el capítulo 1, la vida misma parece ser un sistema autopoyético en el que, en medio de condiciones cambiantes, se producen las transformaciones necesarias para mantener sus formas de organización. Otros pensadores, sin embargo, consideran que a los sistemas sociales no es posible atribuirles finalidades u objetivos únicos y comunes, sino que más bien son formas que, al tiempo que reproducen su organización, presentan contradicciones interiores derivadas de los distintos intereses materiales de las personas que los forman y que participan de manera diferente en sus beneficios. Tales intereses contradictorios tienden a transformar la totalidad del sistema de distintas maneras.³ Los sistemas de salud parecieran comportarse de esta segunda manera: como escenarios en los que emergen distintas propuestas derivadas de los intereses sociales que los atraviesan y cuya historia sería incomprendible si no se examinan dichos conflictos.

Según establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud.⁴ Los sistemas de salud se encuentran en el nivel de la organización social y es factible verlos como un aspecto o una parte de ellos; de hecho, se forman ante la necesidad de responder a los *problemas y necesidades* de salud y enfermedad a partir de la estructura económica y política de cada sociedad. Todos sus elementos —como en cualquier sistema— se encuentran interrelacionados y los resultados son producto de la dinámica que ocurre entre todos ellos. Según lo ya expresado, los sistemas de salud deben considerarse abiertos a la interacción con otros sistemas y elementos relacionados con el entorno físico, biológico, ecológico y psicosocial. Y, a la vez (como se considera más adelante), más que caracterizarse como sistemas homogéneos con objetivos y medios únicos, se comportan como sistemas contradictorios cuyo desarrollo es la resultante de la acción de distintos campos de fuerza internos y externos al sistema de salud, propios de un sistema más amplio, a saber, la realidad social.⁵

En los sistemas de salud es factible analizar dos grandes dimensiones que interactúan. La primera es su dimensión técnica y la segunda es su dimensión social.

Las actividades para promover, mantener o restablecer la salud son diversas y varían según el grado de desarrollo técnico y la cultura de las sociedades. De ahí que las primeras formas de "sistema de salud" sean bastante sencillas: una suma de curadores o sanadores que actúan de manera individual atendiendo enfermos y que transmiten sus conocimientos de manera oral o escrita. Son también parte de estos *protosistemas* las actividades de recolección de plantas medi-

cinales y otros remedios y el cuidado básico de personas enfermas o discapacitadas.

A su vez, los sistemas de salud tienen distintas *formas sociales* para el acceso y el tipo de atención. Estas *formas sociales* (p. ej., la Medicina como actividad liberal mercantil) repercutirán en claras diferencias en la atención que reciben las personas según el lugar que ocupan en la sociedad. Un ejemplo de ello lo da la sociedad teotihuacana, en donde sólo las clases superiores tenían la posibilidad de atender sus lesiones dentales con incrustaciones, algo que se reproducirá de muy diversas formas hasta la sociedad actual.

Modelos de sistemas de salud

Desde el punto de vista social, los sistemas de salud se clasifican según la forma en que se encuentren estructurados, sus fuentes y formas como obtienen financiamiento y las formas a través de las cuales los distintos grupos o clases sociales acceden a ellos. De modo que es posible tener distintos **modelos**: *a)* el sistema puede ser de *propiedad estatal*, con financiamiento proveniente de impuestos o de cuotas obrero-patronales de la seguridad social; *b)* el sistema de propiedad privada es financiado bajo la forma de pago directo del bolsillo o bien bajo la forma de prepago por medio de aseguramiento privado, y *c)* el sistema se basa en formas tradicionales de atención, en general con formas privadas o de redes de apoyo comunitario, cercanas a las culturas de los grupos sociales de las que emergen.

La forma concreta de organización, en cada país o época, por lo general no obedece a estructuras rígidas sino que es resultado de políticas aplicadas según el desarrollo histórico, ideológico, político, cultural y económico de cada país. Todos los sistemas de salud actuales han pasado por numerosos cambios que se han llevado a cabo como parte del proceso de mejora en el rubro de las políticas aplicadas, a partir de modelos iniciales que surgieron desde el siglo XIX; el cuadro 9-1 representa los tres modelos más comunes. De ahí que el sistema de cada país sea "mixto", pues combina formas y peso relativo variados de cada uno de esos tres modelos principales. Así, por ejemplo, la mayoría de los países europeos cuentan con un predominio del modelo de propiedad estatal y financiamiento mediante impuestos, el sistema estadounidense, en cambio, usa principalmente el modelo privado, mientras que los sistemas latinoamericanos son combinaciones variadas de los tres modelos (p. ej., en Bolivia el peso de la medicina tradicional es muy importante, pero no ocurre así en otras naciones cercanas como Argentina o Uruguay).⁶

Un elemento muy importante para la configuración de los actuales sistemas de salud ha sido la generación de "políticas sociales" mismas que, de acuerdo con Gordon, son el conjunto de intervenciones públicas dirigidas a asegurar a los ciudadanos un estándar mínimo de salario, alimentación,

Cuadro 9-1 Modelos de sistemas de salud

Primer modelo Sistema de seguro social	Se propone cubrir a la mayoría de los ciudadanos por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad. La prestación de servicios en general viene de proveedores públicos.
Sistema de seguro social II	Centraliza la planificación y el financiamiento, depende sobre todo de ingresos provenientes de los impuestos generales y de prestación de servicios por el sector público.
Segundo modelo	La participación del gobierno es más limitada. La cobertura se da sólo a ciertos grupos de población, el resto de la gente depende del sector privado.
Tercer modelo	Medicina tradicional; sin participación del Estado; los prestadores dan atención a cambio pago directo o en especie o bien como parte de redes sociales de apoyo (medicina popular). Muy amplio en algunos países o regiones.

Fuente: Creado a partir de la información del documento Informe sobre la salud en el mundo 2000. World Health Organization. "Sistemas de salud" Cap. 1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? pp. 3-21.

salud, vivienda, educación, como **derechos sociales** y no como caridad o mera beneficencia que se puede o no otorgar a voluntad del donante. De hecho, muchos de los sistemas de salud imperantes en el mundo actual fueron fuertemente influidos por un conjunto de políticas sociales orientadas por el llamado "Estado de bienestar", considerado como un conjunto de instituciones estatales orientadas a desarrollar políticas sociales encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población, además de facilitar la "integración" de clases y grupos sociales (en lugar de su conflicto) nivelando o igualando (aunque no homogeneizando) sus recursos materiales.

Durante las primeras ocho décadas del siglo xx, se dio el auge y consolidación del Estado del bienestar, resultado de las luchas y conflictos sociales en el mundo en la primera mitad del siglo xx. Eso hizo posible el surgimiento de amplios sistemas estatales y públicos de atención a la salud y la enfermedad (como en Europa o Canadá), así como la cobertura de las necesidades básicas de los ciudadanos mediante la provisión de seguridad de ingresos, atención sanitaria, vivienda, educación y otros tantos servicios sociales.⁷ De ahí que la OMS afirme que el mayor auge de los sistemas de salud se observó durante el siglo pasado, ya que pasaron de ser entidades en pequeña escala, en su mayoría privadas o caritativas, a ser entidades con un gran crecimiento y que han contribuido

a mejorar la salud, finalidad principal de un sistema de salud, aunque no la única, ya que de acuerdo con la OMS también deben proteger a las personas de pérdidas financieras debidas al costo de la enfermedad y tratarlas con dignidad. No obstante, todos los sistemas han presentando fallas y limitaciones, por lo que es indispensable evaluar en forma constante su desempeño y modificarlos si es necesario.⁴

A lo largo de más de un siglo los sistemas de salud han sufrido pequeños y grandes cambios, de tal manera que se propone que hay tres generaciones de reformas del sistema de salud en general, mismas que se esquematizan en el cuadro 9-2.

Cuadro 9-2 Reformas de los sistemas de salud según la OMS

Primera generación	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Creación de sistemas nacionales de atención sanitaria ▼ Extensión de los sistemas de seguridad social a los países de medianos ingresos ▼ Aumento de atención hospitalaria y aumento de costos ▼ Mayor utilización de los servicios por personas de mejor nivel económico ▼ Atención de poca calidad ▼ Exclusión de las poblaciones indígenas
Segunda generación	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Promoción de la atención primaria a la salud ▼ Compromiso de que todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, junto con un suministro de agua potable y saneamiento básico ▼ Medidas de salud pública, prevención, medicamentos esenciales y educación para la salud ▼ Financiamiento inadecuado ▼ Los trabajadores disponían de poco tiempo para actividades de prevención ▼ Capacitación y calidad de la atención deficientes
Tercera generación	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Busca ampliar el acceso para los pobres ▼ Muy relacionados con los cambios políticos y económicos que se han producido en el mundo ▼ Ajustes de acuerdo con la capacidad financiera y de organización de cada país ▼ Aumento del financiamiento privado ▼ Unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguro ▼ Atención sanitaria costeada por el seguro y directamente por el asegurado

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2000. World Health Organization. "Sistemas de salud" Cap. 1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? pp. 3-21.

Como es evidente en el cuadro 9-2, en un principio, los sistemas de salud atendían sólo a las personas con un buen nivel económico y su actividad principal se centraba en atención médica en consultorios y hospitalaria. Tal situación presentaba varios problemas, en primer lugar representaba enormes costos, además de que los servicios no eran utilizados por los sectores más pobres de la población. Así, surgió una segunda generación de reformas, en buena medida demandada por las clases trabajadoras, en la que aumentaron en número y crecieron las instituciones que atendían a trabajadores urbanos adheridos a planes de seguridad social y redes de atención en el medio rural y urbano (trabajadores informales); de esta manera se impulsó la atención primaria a la salud, cuyo fin fue el de introducir medidas preventivas y de Salud pública que redujeran los costos y que incluyeran al sector más pobre de la población (véase el capítulo 11, donde se aborda la atención primaria de la salud). En esta etapa los cambios realizados estuvieron orientados por la política general de estado de bienestar.

A pesar de los grandes logros que tuvieron algunos países, otros tantos enfrentaron muchos problemas de financiamiento, de falta de recursos humanos, burocratización, mala calidad y deficiente utilización de los servicios, además de que el sector más rico de la población seguía utilizando los servicios en mayor proporción que los más pobres. Caminando de la mano con la crisis económica que afectó al mundo desde inicios del decenio de 1980-1989, ocurrió un cambio en las políticas generales de los Estados conocido como *neoliberalismo*; esta nueva política busca dismantelar las instituciones públicas del llamado estado de bienestar y pretende sustituir las instituciones públicas por las privadas con formas mercantiles de regulación, además, busca darle mayor peso y hacer predominar el modelo privado de prestación de servicios.

Así, en la tercera generación de reformas se observaron muchos cambios en los sistemas de salud de cada país, mismos que tuvieron todavía más relación con la situación económica y política de cada nación. De hecho, cabe afirmar que muchos de los cambios en la dirección neoliberal, lejos de disminuir la inequidad en la atención a la salud, la aumentaron (véase capítulo 12), de forma que hoy en varios países de América Latina se ha abandonado esta dirección y están regresando a formas dirigidas hacia el modelo de sistema universal de salud con financiamiento estatal, a partir de los impuestos y acceso universal (Bolivia, Venezuela, Brasil, Uruguay, Paraguay, Ecuador, etc.). De forma adicional, otros países (Bolivia, Ecuador, Paraguay) han desarrollado esfuerzos importantes para la fusión adecuada entre el modelo universal y el modelo de medicina tradicional mediante el impulso formas de *interculturalidad*. A pesar de todos los esfuerzos realizados todavía hay mucho por hacer en virtud de que, hasta la fecha, la abrumadora mayoría (quizá cabría decir que todos) de los sistemas de salud en el mundo aún

no han alcanzado sus objetivos primordiales, sobre todo en lo referente a la equidad, que ya fue mencionada en párrafos anteriores.

Sistema de salud en México

Breve historia

Conocer la historia de los temas que nos ocupan es imprescindible, ya que es una manera de explicar el mundo presente e incluso ver las posibilidades de un mundo futuro (la historia viva que construyen algunos estudiosos como Juan Brom). Es así que en el momento presente cabe constatar todavía rasgos de los hechos del pasado, así como ver de qué manera coexisten distintas formas de prevenir y atender los problemas de salud surgidas en distintas épocas. Los sistemas de salud son resultado del desarrollo de las dimensiones técnica y social ya definidas, lo que incluye los problemas de salud a que se enfrentan, la conciencia de las necesidades, la capacidad de respuesta política y técnica del momento e incluso de elementos fortuitos. Tal es la razón por la cual el abigarrado sistema de instituciones de salud existente en México (instituciones públicas y privadas; gubernamentales o no gubernamentales) responde a diferentes culturas, a distintos momentos históricos e intereses económicos y al reconocimiento político de varios sectores de la población. Aquí se presenta un breve recorrido que busca identificar el surgimiento y permanencia de algunos de sus elementos.

Antes de la llegada de los conquistadores españoles, en el Valle del Anáhuac surgió la cultura náhuatl, que era mucho más organizada y eficiente que la europea, realidad que ha sido ampliamente documentada, e incluso en ese momento aceptada por el mismo Hernán Cortés quien, en sus Cartas de Relación, decía a los gobernantes españoles que no era necesario el envío de médicos pues los "naturales de la Nueva España" eran muy capaces. Pero un proceso de conquista no sólo es el sometimiento militar sino también ideológico de superioridad de una cultura sobre otra. Es así que a mediados del siglo XVI, junto con la Iglesia Católica, se institucionalizaron y reconocieron ciertos saberes como el que se encuentra en el *Libellus medicinalibus herbis* (mal llamado Códice de Badiano por el nombre de su traductor y no de su autor) que recupera parte del saber representado por un médico xochimilca: Martín de la Cruz. El aporte de la medicina prehispánica (en particular la náhuatl) pasó a ser utilizada por médicos europeos, quienes además la convirtieron en una mercancía, como lo reseñó Nicolás Monardes.

La medicina náhuatl que no renunció a su parte religiosa fue perseguida por la Inquisición (véase la obra *Magia y Medicina* de Gonzalo Aguirre Beltrán) y otra parte se aculturizó (cristianizó) y pasó a ser una medicina que atendía a la población marginada de la Nueva España. Por otro lado, en estos más de tres siglos, la medicina universitaria y religiosa

tenían por un lado clientes (el ejercicio liberal de la Medicina) y, por otro, dolientes en las grandes ciudades, para lo cual se construyeron hospitales especiales a cargo de algunas órdenes religiosas. Estos hospitales no sólo eran espacios para el ejercicio de la caridad, sino también actuaban para la legitimación política de las instituciones reales europeas. Surge de esta forma el Protomedicato (1525), que tenía funciones que hoy se reconocen como propias de la Salud pública, de manera particular el control de las múltiples y devastadoras epidemias. Se trataba de una práctica institucional poco eficaz y muy conservadora. Tal situación empezó a cambiar a partir de que algunos médicos novohispanos (siglo XVIII) se dieron a la tarea de progresar el saber médico (brilla aquí la obra de José Ignacio Bartolache).

Así, a finales del siglo XVIII había tres grandes modelos de sistema de salud: uno que se remite a varios siglos antes de la conquista conocida como *tradicional*, dirigido fundamentalmente a la zonas rurales y marginados de las ciudades; otro, el *oficial*, que hermana a la Iglesia Católica con universidades conservadoras (como la Pontificia) que atienden a las clases pudientes y en menor medida a los menesterosos de las urbes; y un tercero, *progresista*, que en un largo y tortuoso desarrollo se consolida en forma parcial con el *Establecimiento de las Ciencias Médicas* (1833). Es en este momento histórico que desempeña una función política muy importante el quehacer del médico Valentín Gómez Farías.

Ante el triunfo momentáneo de los conservadores, el país ha de esperar hasta las reformas juaristas que ponen a la Medicina (por fin) en manos de un *Estado laico* que asume atender a los ciudadanos de la República (bajo formas de *beneficencia pública* sin obligatoriedad) y llevar un registro oficial de los acontecimientos vitales de la población, como son los nacimientos y las defunciones. Esta misma línea, no religiosa, inspirará al gobierno porfirista de finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX. El acceso a la atención médica a través del pago con dinero hará que se desarrollen grandes desigualdades en el acceso a la atención. En los inicios del siglo XX la dimensión técnica de la Medicina evolucionó con rapidez y, por tanto, la organización del sistema se hace más compleja, lo que da lugar al surgimiento de nuevos elementos, como laboratorios microbiológicos y productores de vacunas, hospitales más modernos con nuevos procedimientos y especialidades, etc., que coexisten con la medicina *tradicional* más barata y en general usada por los pobres.

La Revolución Mexicana impactó sobre las formas sociales del sistema de salud. Tomó fuerza un sistema de atención a la salud organizado y financiado por el Estado, dirigido, por una parte, a acercar los avances técnicos del sistema hacia el saneamiento y la protección de la salud, y por la otra, a la asistencia de enfermos pobres. Es sobre todo en la época del cardenismo que se forman los Servicios Médicos Rurales, mismos que representan la primera vez en la historia en que muchísimos pobladores del campo entran en contacto con el

sistema de salud basado en los avances científicos y técnicos de la época. Tales cambios serán producto de las demandas campesinas originadas desde la propia revolución de 1910. En 1943 surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que conjuga en una sola institución las labores de saneamiento y Salud pública con las de atención a enfermos que no cuentan con atención derivada de contratos de trabajo.

En forma paralela, el ascenso en las luchas de una creciente clase trabajadora industrial consiguió que los trabajadores contaran con servicios médicos y pensiones pagados por los empleadores. De esta forma, los trabajadores urbanos se incorporaron también a la posibilidad de acceder al sistema de salud basado en los avances científicos y técnicos. Dichos avances se consolidaron y ampliaron con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1943) y más tarde con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1961). Vale la pena señalar que lo anterior no significó la desaparición de la medicina tradicional ni del ejercicio de la medicina liberal (privada); de hecho, esta última evolucionó de los consultorios y pequeños hospitales a los grandes hospitales privados de hoy en día, que atienden la demanda de las clases medias y ricas. En menor medida continuó ejerciéndose la medicina caritativa a manos de la Iglesia y también de muchas instituciones civiles no gubernamentales que dirigen sus trabajos hacia problemas específicos (mujeres embarazadas, VIH-SIDA, problemas auditivos, ortopédicos, etc.) o bien hacia grupos específicos (niños, indígenas, y así por el estilo).

En tiempos más recientes se desarrollaron nuevas formas de atención a sectores muy pobres de las zonas rurales y los pobres de las periferias urbanas. Un ejemplo de esto son las medidas por parte del IMSS dirigidas a ampliar la cobertura a los trabajadores temporales y rurales a través del régimen "solidario" (hoy IMSS Oportunidades) además de una mayor inversión en la atención de la población "abierto" o no asegurada, atendida por la Secretaría de Salud que enfatizaba la atención primaria a la salud.

Todo lo anterior ha derivado en el sistema de salud mexicano actual que continúa segmentado y discriminando a las personas de acuerdo con el lugar que ocupan en la sociedad, su perfil ocupacional o su capacidad de pago.⁸

Situación reciente y actual del sistema de salud en México

Al revisar las características del sistema de salud mexicano es evidente que desde sus inicios ha enfrentado el problema de ampliar la cobertura a todas las zonas del país, sobre todo a las más remotas y pobres. Esta tarea ha estado a cargo principalmente de los servicios que brinda la Secretaría de Salud y el IMSS Oportunidades, los que permiten que una persona pobre o que no cuenta con seguridad social, tenga la

posibilidad de acudir a estos servicios a cambio de un costo mínimo o nulo (aunque, como se analiza más adelante, ha aumentado de manera notable en los últimos años). Sin embargo, esta atención se ha limitado casi en forma exclusiva a la atención médica de primer nivel, en ocasiones de segundo nivel; además, las personas que acuden a estos servicios no cuentan con seguridad social como tal. En este sentido, sólo los trabajadores del sector formal tienen derecho a seguridad social que incluye la atención médica desde el primer hasta el tercer nivel de atención, para sí mismos y su familia, sin comprender límites o paquetes de prestaciones y dando cobertura a todos los beneficios que puede dar el sistema de atención médica. La seguridad social se ubicó dentro de un conjunto más amplio de prestaciones que incluía un sistema de pensiones relacionados con la edad (mismo que fue privatizado en 1993 a favor de los grandes bancos extranjeros que hoy controlan el sistema bancario en México).

En el decenio de 1990-1999 se impulsaron varias reformas entre las que se incluye un proceso denominado "descentralización", que consiste de manera esencial en otorgar a cada entidad federativa la autoridad para ejercer funciones y responsabilidades con más independencia del gobierno central, asignando al mismo tiempo los recursos correspondientes. Así, se permitió que los Estados decidieran de algún modo qué programas aplicar de acuerdo con la situación de cobertura, pobreza y necesidades primordiales de su población. La prestación de servicios de atención médica y de Salud pública de la Secretaría de Salud Federal pasaron así a las secretarías de salud estatales. Estos eventos constituyen los inicios que han dado pie a lo que se denomina "tercera generación de reformas", mismas que se impulsaron con base en el reconocimiento de que el sistema de salud mexicano actual tiene muchos problemas que han repercutido en la salud de la población y en su calidad de vida.⁹ En forma adicional se afirma que la idea es encontrar la sustitución del modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo con más peso privado en la provisión de servicios y en la organización del financiamiento, y que utilice la competencia entre proveedores privados como el agente para elevar la calidad en la atención.

Componentes del sistema de salud en México

Para la OMS, el principal objetivo de un sistema de salud debe ser mejorar la salud de la población. En segundo lugar, debe intentar mejorar la capacidad de respuesta del sistema, al tiempo que contempla los aspectos éticos necesarios para la atención, respeta en todo momento la dignidad de las personas, así como su autonomía para elegir qué tipo de intervenciones aceptan o no, y respeta la confidencialidad de la información emitida por el paciente. Un segundo subcomponente que forma parte de las metas es la orientación hacia el paciente, factor que permite al médico responder a sus

necesidades, brindar un trato adecuado y en un entorno que cuente con un ambiente donde el paciente logre restablecer su salud y tenga el derecho a elegir quién le provee la atención médica. El tercer objetivo es la equidad en el financiamiento y la protección financiera de los hogares, lo cual alude a que los hogares no deberían empobrecerse o hacer gastos catastróficos con la única finalidad de procurar su salud.

El sistema de salud mexicano se encuentra dividido en tres grandes grupos, y el acceso a la atención se encuentra a cargo de varias instituciones de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas. La consecución de sus objetivos dista mucho de ser igual para todos según los criterios de la OMS establecidos con anterioridad.

El primer grupo corresponde a las **instituciones de seguridad social**. Atienden a personas llamadas *derechohabientes* por haber cotizado cuotas obrero-patronales. Es otorgada por el IMSS, además de otras instituciones entre las que se encuentra el ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales. Tales instituciones atienden a cerca de la mitad de la población del país; de entre ellas, las que tienen mayor presupuesto por cada derechohabiente son SEDENA y Marina, seguidas por PEMEX, IMSS y por último ISSSTE. No hay paquetes recortados de servicios, sino que las instituciones ofrecen a los derechohabientes todos los servicios que tienen a su disposición. En el pasado podían ofrecer fondos de pensiones, pero se han traspasado a los bancos privados. También ofrecían el servicio de guarderías, pero éstas también están pasando a manos privadas.

El segundo grupo corresponde a un **sistema de atención dirigido a la población "abierto"** o no asegurada, en el que se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatales) en zonas rurales y en zonas urbanas, y el programa IMSS Solidaridad, que atiende a poblaciones de algunas zonas rurales. La Secretaría de Salud cobra cuotas por atención según tabulador socioeconómico y cuenta con una forma de aseguramiento que ofrece un paquete parcial de servicios. Las personas pagan cuotas de pre-pago según un tabulador socioeconómico y quienes son demasiado pobres reciben subsidio para pagar el seguro.

El tercer grupo está conformado por el **sector privado** al que la persona puede acudir, sobre todo quienes poseen la capacidad económica necesaria para solventar los gastos generados por esta atención. Dentro de los servicios privados se halla una amplia red de consultorios solos o anexos a farmacias y hospitales pequeños que atienden a personas de escasos recursos, en general con materiales escasos. Hay también una red de servicios con más recursos dirigidos a las clases medias y ricas, que incluyen consultorios y grandes hospitales mejor equipados con todas las especialidades. En este grupo se encuentran formas de pago directo o bien planes de seguros organizados por aseguradoras privadas transnacionales que ofrecen planes con distinto alcance se-

gún las capacidades de pago de las personas. Los planes más básicos se dan por ejemplo a profesores de carrera de las universidades, quienes si lo desean pueden ampliar la canti-

dad de prestaciones aportando más dinero. El cuadro 9-3 presenta las principales funciones del sistema de salud en México.

Cuadro 9-3 Funciones de un sistema de salud

1. Presentación de servicios			
	SSA, IMSS-solidaridad	Población no asegurada (40%)	Pobres del campo y la ciudad
Servicios públicos	IMSS ISSSTE Fuerzas Armadas PEMEX	Población con seguridad social (50%)	Trabajadores del sector formal de la economía Empleados públicos
Servicios privados	Sector privado (gran diversidad; consultorios, clínicas, hospitales y unidades de medicina)	Cualquier persona (10%)	Cualquier persona con capacidad de pago
2. Financiamiento			
Movilización de recursos desde sus fuentes, su acumulación en fondos y su distribución subsecuente para la producción o compra de servicios		Fuentes (hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales)	Fondos (Seguro Social, presupuestos públicos, ahorros familiares)
3. Rectoría del sistema			
Regulación	Actividades de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios que tienen un impacto en la salud		
Evaluación	Sistema de evaluación del desempeño con 46 indicadores		
Protección de los pacientes	Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMEND)	Solución de controversias entre usuarios y proveedores de servicios de salud a través de procedimientos más simples que las demandas legales	
4. Generación de recursos			
Profesionales de la salud	Médicos Enfermeras		
Recursos materiales	Hospitales Camas de hospital Clínicas y otros centros de salud		
Conocimiento	Gasto público en investigación en salud Investigadores en el área de la salud	Representa el 2.3% del gasto total en ciencia y tecnología	Representa 0.01% del PIB y 0.45% del gasto total en salud
Información	Sistema de información en salud	Subsistencias: Población y cobertura Recursos Servicios otorgados Daños a la salud	Estadísticas vitales Estadísticas sociodemográficas Servicios y recursos

Fuente: En dónde estamos: La historia y las funciones del sistema de salud. En: Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud, México 2001:58-70.

Esquemas tradicional y popular de atención a la salud

Es muy importante considerar que la atención a la salud, sin embargo, se desarrolla también en esquemas tradicionales y populares que con gran frecuencia suelen ser el primer contacto con el "sistema". Así, la búsqueda de atención médica constituye el momento en que el enfermo, a partir de un conjunto particular de saberes y concepción de la enfermedad, afecciones, temores, sensaciones, percepciones, de sus expectativas y deseos, momentos de extrañamiento de sí y de su ámbito de vínculos, de sugerencias y opiniones del entorno, lo llevan a buscar y elegir alguna alternativa terapéutica. Quizá recurra de modo simultáneo a la medicina popular, a la medicina tradicional, con el boticario o dependiente de una farmacia, tal vez haga una "manda", una peregrinación, o acuda a la medicina profesional o biomedicina.

Existe una gran diversidad de formas de explicar y tratar las enfermedades; los procedimientos médicos marginales y subalternos, en la práctica de muchas personas, se hacen compatibles y complementarios con el profesional, hasta el punto de que cada persona, con la ayuda de su red social, termina conformando su propio derrotero terapéutico tomando lo que cree conveniente en cada caso. Los sistemas o esquemas de atención actuales se caracterizan por su pluralismo e interrelación en cuanto a modelos etiológico-terapéuticos. Llegan a interactuar y complementarse de manera armónica o, por el contrario, competir y mantener relaciones de exclusión o subordinación. Tanto, que pareciera no ser suficiente separarlos en medicina profesional o biomedicina, popular y tradicional, problema al que se ha enfrentado la antropología médica y la Salud pública, en un esfuerzo de claridad en su interpretación.

Kleinman ubica tres sectores de atención a la salud:^a el *folk*, al que considera propio de los nativos e indígenas, mismo que realiza una gran diversidad de prácticas médicas y estructura su conocimiento a través de ideologías seculares o sacras, e introduce un aspecto ritual en la curación. El *popular* que incluye la medicina profana, organizada a nivel de la familia, de las redes sociales y de la comunidad sin que participe un terapeuta profesional, y el *profesional* que asume que sus planteamientos son científicos, racionales, verdaderos y opuestos a los de la medicina folk y popular. Si bien se refiere en forma principal a la medicina biomédica, incluye otras prácticas también profesionales, en ocasiones llamadas *paraprofesionales*, como la homeopatía, quiropraxia, acupuntura, entre otras.

Concordar sobre esto, además del sistema profesional (del que trata la mayor parte de este capítulo) permite distinguir entre las medicinas tradicional y popular.

La **Medicina tradicional** está orientada por factores culturales, religiosos y sociales, lo que la ha dado especifici-

dad en cada comunidad y ha sido inherente a la identidad de los individuos que la componen. Sus conocimientos se han transmitido de una generación a otra para preservar la vida y permitir el florecimiento de la propia cultura. Miles de años de observación y experimentación empírica han sido necesarios para la evolución de la medicina tradicional, de sus concepciones, así como del conocimiento de plantas, animales y minerales que han sido utilizados. La medicina tradicional (que en realidad son las *medicinas tradicionales*) no sólo abarca el manejo de medicamentos naturales o de forma más específica, la curación herbolaria; es más que eso, involucra procesos simbólicos, formas de intervención corporal sustentadas en procesos rituales, categorías míticas, patrones particulares de interacción, modalidades de trabajo corporal y escénico: es una concepción integral que ubica al individuo en su relación con los demás, con la Naturaleza y el Universo. En el marco de la antropología —y en especial de la antropología médica— la etnomedicina ha estudiado la información propia de cada cultura que permite a las personas que la componen diagnosticar y clasificar las enfermedades y los traumatismos, explicar su comienzo o causa, y procurar un tratamiento, con el fin de restaurar el estado normal o mantener con vida a un paciente enfermo.

La llamada **Medicina popular** cubre una enorme variedad de remedios y tratamientos que pasan de una generación a otra como "remedio casero", a veces particulares de un pueblo o familia. Sus prácticas por lo general no están escritas, ya que son parte de la tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas organizada en el ámbito de la familia, de las redes sociales y de la comunidad sin que participe un terapeuta profesional. Del esquema *popular o doméstico* se ha dicho que representa la Medicina de la familia o comunidad; se compone de creencias y prácticas médicas accesibles a toda la población. Son prácticas populares que tienden a persistir en el tiempo, permanecen a pesar de que sus orígenes no sean bien recordados. La Medicina popular o doméstica se presenta como una forma de tratamiento sobre la que las personas tienen control; ellas mismas pueden hacer los remedios en su propia casa, prescribirlos y automedicarse. Menéndez afirma que dentro de este modelo se identifica la automedicación, que incluye la selección, prescripción y administración de un tratamiento, mismo que puede incluir desde sustancias, acciones físicas y procedimientos mentales, hasta medicamentos de patente.^b

Es importante considerar que los síntomas son sometidos a un proceso de significación por el individuo. En caso de ser interpretados como señal de enfermedad, la consulta médica profesional no constituye, en la mayoría de los casos, el paso siguiente. Zolla señala que en el caso particular de las comunidades indígenas rurales del México actual es frecuente que este sistema real de salud lo integren la Medicina doméstica o casera, la Medicina profesional (también llamada occiden-

tal o moderna) y la Medicina tradicional.^c Es preciso enfatizar que dos de esos subsistemas o modelos, el doméstico y el tradicional, han sido creados por las propias comunidades, mientras que el de la medicina académica o profesional es producto de una intervención exterior, institucional.

Cabe afirmar que en las sociedades urbanas del México actual ocurre algo muy similar, es decir, al inicio del padecimiento el individuo con frecuencia apela a la Medicina popular, es decir, a los remedios caseros o a medicamentos de patente que en otras ocasiones habían funcionado, o también por razones económicas o culturales. Después, los pacientes en quienes las molestias continúan o empeoran buscan ayuda de los allegados y como última alternativa acuden con un profesional médico o curador.

La OMS ha promovido con insistencia la utilización de todos los recursos existentes—sin discriminaciones ideológicas ni políticas—reconsiderando la potencialidad, eficacia y aceptación de la medicina tradicional en las culturas populares. Con el objeto de contribuir a mantener la salud para todas las personas, la OMS recomienda establecer puentes de colaboración entre los diferentes esquemas médicos. No obstante lo anterior, continúan desarticulados a pesar de que su utilización va en aumento. Así que siempre debe considerarse en el análisis de los sistemas o esquemas de atención a la salud a la medicina tradicional y a la medicina popular.

Basado en: Moreno Altamirano L. *El Drama Social de la persona con diabetes*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Antropología. ENAH. México. 2006.

^a Kleinman, A. Concepts and model for the comparison of medical systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine*, 12: 85-96, 1978.

^b Menéndez, E., *Hacia una práctica médica alternativa, hegemónica y autoatención (Gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1994.

^c Zolla, C. La medicina tradicional indígena en el México actual. *Arqueología Mexicana*. Vol. XIII, número 75. 2005.

Programa Nacional de Salud

En la actualidad las autoridades sanitarias mexicanas han definido una política y un programa nacional de salud ante la compleja agenda de Salud pública que reclama la atención de padecimientos que todavía son causa de mortalidad infantil y materna, asociadas con padecimientos infecciosos y desnutrición, pero al mismo tiempo enfrentamos desafíos de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Para investigar

Un buen ejercicio sería investigar las condiciones de trabajo del personal de salud en cada una de las instituciones de cada uno de los tres grupos, incluyendo horas de trabajo, cargas de trabajo, salarios, prestaciones, capacidad de decidir sobre el trabajo propio y el colectivo, oportunidades para actualización y promoción.

Así, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual se encuentra estructurado con base en cinco objetivos de política social (cuadro 9-4). En el Programa se establecen como objetivos atender con eficiencia, calidad y justicia a los desafíos sanitarios, que son ya la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el territorio nacional, y al mismo tiempo se plantea como objetivo avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, aunque no bajo la idea de crear una sola institución que atienda a toda la población por igual como sucede en los sistemas únicos públicos que predominan, por ejemplo, en Europa, con lo que se mantiene una segmentación según la

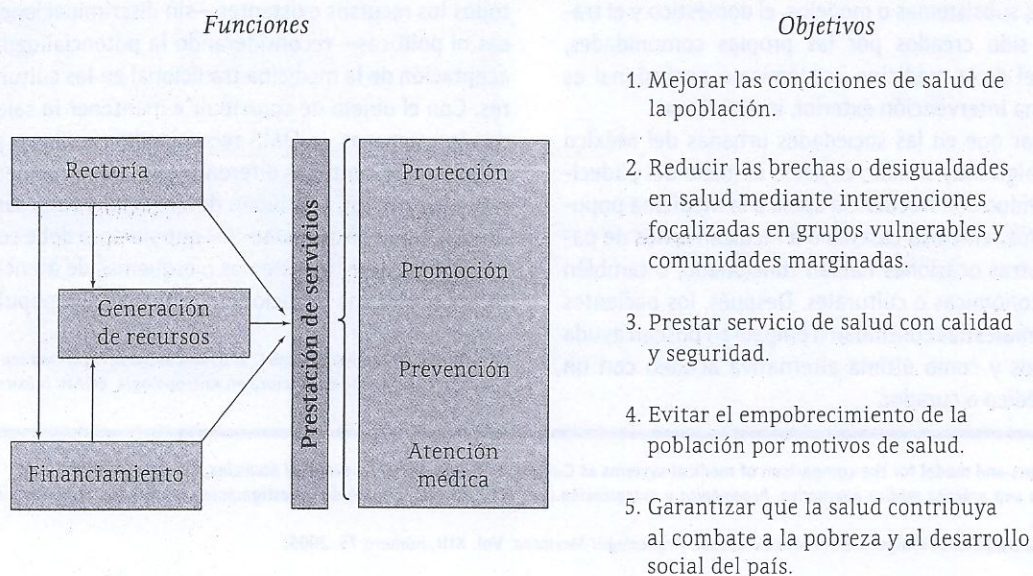
capacidad de pago. De acuerdo con este Programa se planearon las siguientes actividades:

- Dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud.
- Garantizar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios.
- Suministrar en forma oportuna los medicamentos e insumos requeridos.
- Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población.
- Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.

Seguro Popular

En México, durante el 2002, se estableció el “seguro popular”, que al año siguiente se incorporó en la Ley General de Salud en el Título tercero bis “*El Sistema de Protección Social en Salud*”. Con este “seguro” se busca, según las autoridades, que la población cubierta por el programa cuente con las medidas preventivas, de atención ambulatoria y de hospitalización que las autoridades consideran indispensables para mejorar las condiciones de salud de la población sin seguridad social y para evitar gastos catastróficos de bolsillo. Al examinar el programa desde el punto de vista social, es factible encontrar que antes del decenio de 1980-1989 se contaba con un sistema casi gratuito en el que, con el gasto público, se pagaban los

Cuadro 9-4 Marco conceptual del Programa Nacional de Salud 2007-2012



Tomado de: CAPÍTULO I, Necesidades, recursos y servicios de salud. Programa Nacional de Salud. Secretaría de Salud, México, 2007.

servicios de salud para aquellos que no contaban con recursos para pagarlos por sí mismos. El sistema de salud, sin embargo, de modo progresivo fue cobrando cada vez más “cuotas de recuperación” (por las recomendaciones del Banco Mundial en 1983), con lo que cada vez se hizo más costoso, de forma que una persona pobre no podía atender su enfermedad o, si pagaba esas cuotas, entraba en una catástrofe financiera, en muchos casos viéndose orillada a vender sus escasos bienes.

Ante esto, en lugar de avanzar hacia un sistema universal igual para todos financiado por los impuestos generales (como los de los países europeos) se impulsó en cambio un sistema prepago tipo seguro, mediante el cual los pagos se hacen poco a poco y los gastos grandes de algunos son compensados con las contribuciones de los inscritos. De esta forma, la atención toma una forma claramente mercantil, pero ahora con el sistema de prepago.

Las personas con muy escasos recursos tendrán apoyo estatal para no pagar cuotas y el tabulador irá subiendo conforme el ingreso de las personas, es decir, se subsidiará la demanda, con la idea de que en el futuro la prestación de servicios se realice por empresas médicas privadas que compitan entre sí y con las públicas, por los fondos del seguro. Sin embargo, la cantidad de prestaciones incluidas en el paquete es reducida, de forma que quedan fuera muchas acciones hospitalarias y otras tantas propias del primer nivel de atención. Por otra parte, es importante mencionar que el Seguro Popular atiende a las personas de acuerdo con un “catálogo de servicios”; esto quiere decir que no cubre a la persona de todas las enfermedades que pudiera padecer.

De hecho, existen contradicciones en el propio Seguro Popular ya que, a pesar de que se señala que se dará una atención de las enfermedades “de acuerdo con el perfil epidemiológico de la sociedad”, es evidente que varias enfermedades consideradas como un problema de Salud pública —como la insuficiencia renal— no se encuentran dentro del catálogo de servicios de este seguro.

Las autoridades han argumentado que, gracias a este programa, se ha logrado un incremento sustancial en el financiamiento de los servicios de salud para la población no derechohabiente. Sin embargo, cabe señalar que dicho aumento pudo haberse dado con otros esquemas, por ejemplo, de acceso universal y gratuito, de forma que no hay una relación causal; algunos críticos señalan que al hacerse bajo la forma de Seguro Popular se aumentaron de manera innecesaria los gastos de administración y que los propósitos de evitar tales gastos catastróficos también se pueden alcanzar mediante la gratuidad de la atención.

En forma adicional cabe mencionar que lejos de buscar una cobertura universal de los servicios, aparentemente se agregó un elemento más a nuestro sistema de salud, ya de por sí muy fragmentado, y como consecuencia esperada se corre el riesgo inminente de que se dé una nueva segmentación de la población, además de que ignora la informalidad laboral y se restan en posibilidades a la incorporación de la persona y su familia a los sistemas de seguridad social completos y bien establecidos, aunque muy segmentados y con serios problemas de financiamiento.¹⁰ Se requerirá de más tiempo para hacer una evaluación del impacto real de este programa.

Estructura funcional del sistema de salud en México

El sistema de salud en México, como muchos otros del mundo, está estructurado de manera funcional en **tres niveles de atención**. Cada una de las instituciones ya descritas cuenta en distinta proporción con unidades en cada nivel de atención.

El **primer nivel de atención** está formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio. Son el primer contacto de las personas con el sistema formal de atención; estas unidades pueden tener distinto tamaño y variar en su forma de organización. Van desde unidades de un solo consultorio (muchos consultorios rurales e incluso urbanos de la Secretaría de Salud o del IMSS Oportunidades), hasta unidades con 30 o más consultorios y servicios auxiliares: como laboratorio, rayos X y ultrasonido, medicina preventiva, epidemiología, farmacia, central de esterilización y equipos, administración, aulas, etcétera.

En la SS están divididos según tamaño en TI, TII y TIII, los más grandes son estos últimos. En las unidades del primer nivel trabajan médicos generales con licenciatura o con estudios de especialidad en algún posgrado de generalismo (p. ej., medicina familiar y comunitaria), así como enfermeras y técnicos. Trabajan también médicos pasantes (que en el caso del IMSS Oportunidades son la mayoría del personal médico). La mayoría de las consultas médicas que se otorgan en el país corresponden a las realizadas por los médicos generales, quienes resuelven una gran cantidad de problemas de salud sin necesidad de derivar a atención especializada (cuadro 9-5). Bajo la forma privada existe una red de consul-

Cuadro 9-5 El trabajo médico precario en las farmacias

En años recientes se ha dado un crecimiento muy grande de consultorios médicos anexos a farmacias, mismos que atienden a una demanda no cubierta por limitaciones geográficas o administrativas de los servicios públicos. El grupo farmacias que más contrata médicos refiere que cuenta con 3 758 consultorios, 6 491 médicos trabajando en ellos y que en un año reporta haber dado aproximadamente 46 057 996 consultas. En estas farmacias los médicos trabajan en condiciones precarias.

Fuente: página web de la Fundación Best.

torios en las zonas rurales y periferias urbanas, así como consultorios privados de médicos especialistas que atienden sobre todo a las clases medias y altas. El primer nivel de atención es fundamental en cualquier sistema de salud. En algunos países como los europeos o Canadá, cuenta con mucho más recursos que en México y merece un gran prestigio social. De hecho, el personal médico generalista que trabaja en el primer nivel de atención, en países como el Reino Unido, acude también a atender a sus pacientes en el segundo nivel de atención (p. ej., en atención de partos, cirugía menor u otros problemas que requieren internamiento) en conjunto con médicos de algunas especialidades.

En México esto no es así y los médicos en las instituciones estatales que laboran en el primer nivel no pueden seguir a su paciente en el segundo nivel (cuadro 9-6). Una parte

Cuadro 9-6 Recursos humanos ocupados en el sistema de salud en México 2000-2007

NUMERALIA RECURSOS HUMANOS SECTOR PÚBLICO 2000-2007 ^{1/}								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ^{p/}
Médicos ^{2/}	119 512	121 654	121 981	123 522	132 176	142 399	143 138	152 566
Enfermeras ^{3/}	190 335	192 046	192 752	189 747	193 795	196 675	200 770	208 612
SECTOR PRIVADO 2000-2007 ^{4/}								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ^{e/}
Médicos ^{2/}	ND	40 515	42 972	48 730	50 375	55 173	62 339	64 754
Enfermeras ^{3/}	ND	31 269	33 206	34 152	34 258	37 697	37 587	39 212

1/ Incluye información de las instituciones: Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Estatales, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

2/ Se refiere a médicos en contacto con el paciente, incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos.

3/ Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes, auxiliares y en otras labores.

4/ Incluye solamente unidades médicas con servicio de hospitalización.

p/ Cifra preliminar.

e/ Cifra estimada.

ND: Cifra no disponible.

Fuente: Secretaría de Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/index.html> (1 de feb 2010).

importante de las actividades de salud pública se realiza en el primer nivel de atención. Entre ellas cabe destacar diversas actividades de promoción de la salud (véase capítulo 15) y de prevención de enfermedades (vacunación, educación para la salud) y se han agregado también actividades de detección temprana de enfermedades, por ejemplo, cáncer de mama y cérvico-uterino, cáncer de próstata, enfermedades congénitas, osteoporosis, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, etc. (otras actividades de Salud pública se realizan fuera del primer nivel, como la vigilancia sanitaria en aeropuertos, mataderos de ganado, salud laboral, etc.) (cuadro 9-7).

El **segundo nivel de atención** está formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias. Sus unidades están organizadas en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Las unidades médicas del segundo nivel de atención tienen un grado de complejidad mayor que las anteriores y en su organización destacan servicios como urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, etc. Es frecuente encontrar en los hospitales del segundo nivel de atención algunas subespecialidades tales como dermatología, neurología, cardiología, geriatría, cirugía pediátrica, etc. En este nivel se resuelve la mayor parte de los problemas que requieren hospitalización en el país y se concentra la mayoría de los médicos especialistas.

El **tercer nivel de atención** está formado por una red de hospitales de "alta" especialidad; hay aquí subespecialidades y

equipos de apoyo que no se encuentran en el segundo nivel de atención. En este nivel el hospital puede tener muchas subespecialidades, como sucede con las Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS o el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, o bien pueden especializarse en algún campo específico, como sucede con otros Institutos Nacionales de Salud, especializados en Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades respiratorias, Geriatría y Rehabilitación.

Muchos de ellos se encuentran saturados porque la demanda excede a la oferta de servicios haciendo que los pacientes tengan que realizar grandes periodos de espera a lo largo de su atención. Cabe señalar que en el campo de la Salud pública existe también el Instituto Nacional de Salud Pública encargado de funciones de enseñanza e investigación en este campo. En este nivel se atienden problemas que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles y que requieren conocimientos más especializados o una tecnología específica, en general costosa, que se concentra sólo en algunas unidades por razones de costo-beneficio. Una parte pequeña de los egresos hospitalarios corresponde a este tercer nivel de atención. Dentro de los sistemas de salud existen varias unidades del tercer nivel de atención que son privadas, mismas que en general atienden a personas de altos recursos que pagan costosos seguros médicos privados o bien cuentan con montos importantes para pagar atención de manera directa "del bolsillo". Estos últimos trabajan en general con fines de lucro y pocas veces atienden a personas de escasos recursos. A la inversa, aquí se concentran recursos que son subutilizados y se dan muchas deformaciones propias de la Medicina organizada alrededor de la ganancia (procedimientos innecesarios, exceso de estudios, medicina defensiva, cobros excesivos, despilfarro de recursos, etc.). El cuadro 9-8 presenta los principales diagnósticos de egreso hospitalario en México, mismos que incluyen segundo y tercer nivel de atención.

En conjunto, los tres niveles de atención cubren en distinta proporción a la población, se observan grandes inequidades, pues los sectores más pobres en muchos casos cuentan a menudo sólo con acceso al primer nivel de atención. En un estudio donde se calculó la cobertura con base en un índice compuesto por varios indicadores (coberturas ante problemas como diabetes, hipertensión, atención médica de parto, etc.) se encontraron grandes desigualdades regionales y sociales en la cobertura. La figura 9-1 presenta dichas diferencias (el capítulo 12 discute sobre el derecho a la salud).

Perspectivas del sistema en la situación actual

Tras revisar los capítulos anteriores y la primera parte del presente, es indudable que México se halla ante retos importantes de salud y enfrenta transiciones epidemiológicas, con grandes

Cuadro 9-7 Las consultas médicas en México

En México, durante 2007 se dieron en las instituciones públicas de salud **277 783 616 consultas médicas**, de las cuales

- ▼ 194 923 620 (70.2%) fueron consultas médicas generales
- ▼ 43 546 860 (15.7%) fueron consultas de especialidad
- ▼ 24 813 700 (8.9%) fueron consultas en urgencias
- ▼ 14 499 436 (5.2%) fueron consultas odontológicas

Entre muchos médicos se tiene la idea de que la medicina general tiene poca importancia, sin embargo, al revisar los datos es evidente que la gran mayoría de las consultas en México es de medicina general, de ahí que un día sin médicos generales en México significaría un gran problema en la atención.

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud, en <http://www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>

Cuadro 9-8 Principales motivos de egreso hospitalario según sexo y grupos de causas, México, 2007

Egresos hospitalarios por sexo según grupos de causas, 2007 Estados Unidos Mexicanos						
Grupos de causas	Total	Sexo			Tasa ^{1/}	
		Hombres	Mujeres	No especificado	Hombres	Mujeres
Total general	4 922 227	1 523 640	3 397 685	902	2 926.3	6 324.3
I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	2 217 827	281 809	1 935 541	477	541.2	3 602.8
Enfermedades infecciosas y parasitarias	166 554	80 662	85 847	45	154.9	159.8
Infecciones respiratorias	151 444	83 529	67 868	47	160.4	126.3
Causas maternas	1 683 465	0	1 683 465	0	0.0	3 133.5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	194 857	108 590	85 994	373	208.6	160.1
Deficiencias de la nutrición	21 407	9 028	12 367	12	17.3	23.0
II. Enfermedades no transmisibles	2 144 131	945 241	1 198 551	339	1 815.4	2 230.9
Tumores malignos	149 520	65 591	83 914	15	126.0	156.2
Otros tumores	132 577	22 544	110 023	10	43.3	204.8
Diabetes mellitus	145 088	67 588	77 471	29	129.8	144.2
Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus)	48 500	19 561	28 935	4	37.6	53.9
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	91 473	46 893	44 561	19	90.1	82.9
Enfermedades de los órganos de los sentidos	49 817	22 627	27 181	9	43.5	50.6
Enfermedades cardiovasculares	237 957	118 800	119 119	38	228.2	221.7
Enfermedades respiratorias	131 021	67 719	63 281	21	130.1	117.8
Enfermedades digestivas	530 891	232 344	298 458	89	446.2	555.5
Enfermedades del sistema genitourinario	388 877	165 864	222 983	30	318.6	415.1
Enfermedades de la piel	54 735	28 112	26 607	16	54.0	49.5
Enfermedades del sistema musculoesquelético	110 468	48 892	61 569	7	93.9	114.6
Anomalías congénitas	64 075	34 566	29 458	51	66.4	54.8
Enfermedades de la boca	9 132	4 140	4 991	1	8.0	9.3
III. Causas externas de morbilidad y mortalidad	353 751	221 091	132 611	49	424.6	246.8
Fracturas	166 968	101 298	65 652	18	194.6	122.2
Amputaciones de miembros superior e inferior	4 753	3 582	1 171	0	6.9	2.2

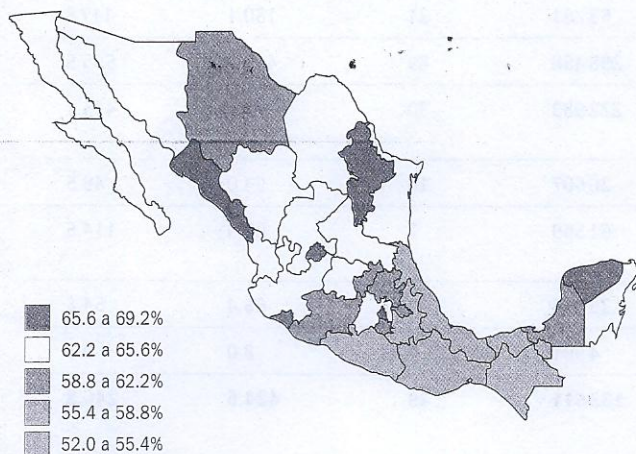
(Continúa)

Cuadro 9-8 Principales motivos de egreso hospitalario según sexo y grupos de causas, México, 2007 (Continuación)

Grupos de causas	Egresos hospitalarios por sexo según grupos de causas, 2007 Estados Unidos Mexicanos					
	Total	Sexo			Tasa ^{1/}	
		Hombres	Mujeres	No especificado	Hombres	Mujeres
Luxaciones, esguinces y desgarros de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	14 257	8 729	5 526	2	16.8	10.3
Traumatismos	80 688	55 813	24 861	14	107.2	46.3
Heridas	26 725	20 558	6 164	3	39.5	11.5
Quemaduras y corrosiones	12 869	8 437	4 431	1	16.2	8.2
Envenenamiento por drogas y sustancias biológicas y efectos tóxicos de sustancias no medicinales	15 111	7 903	7 203	5	15.2	13.4
Complicaciones precoces, complicaciones de atención médica y quirúrgica y secuelas de traumatismos y envenenamientos	27 080	11 839	15 235	6	22.7	28.4
Los demás traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa	5 300	2 932	2 368	0	5.6	4.4
IV. Causas mal definidas	77 497	35 737	41 737	23	68.6	77.7
V. Otras causas de contacto con los servicios de salud	129 021	39 762	89 245	14	76.4	166.1
No especificadas	0	0	0	0	0.0	0.0

Nota: La tasa se calculó con base en la población total de los Estados Unidos Mexicanos, la cual considera a la población que acude a los servicios de salud del Sector Público y Privado.

1/ Tasa por 100 000 habitantes, según estimaciones de Población 1990 a 2012 COLMEX.



Fuente: Mexico Health Metrics 2005 Report: Section 2 Effective Coverage.

Figura 9-1 Cobertura efectiva del sistema de salud por estado, México, 2000-2003.

problemas emergentes como la obesidad y la diabetes, enfermedades de las cuales México se ubica entre los primeros lugares en el mundo, situación que sometería a una dura prueba a cualquier sistema de salud en cualquier parte del planeta. Por otra parte, todavía existen grandes desigualdades en la atención a la salud, ya que actualmente se cuenta con diversas instituciones que tratan de atender, si no a toda, por lo menos a la mayor parte de la población, a pesar de que lo hacen con recursos distintos e inequitativos. A esta compleja situación deben agregarse los graves problemas que existen en relación con el financiamiento público de los servicios y con las formas de organización y funcionamiento del sistema de salud, en particular los derivados de la asignación de recursos a las entidades federativas, a las unidades de atención médica y a los programas de salud, así como la heterogeneidad de la calidad y la existencia de coberturas todavía insuficientes, sobre todo en lo que se refiere a la atención hospitalaria especializada.

Además, de acuerdo con algunos autores,¹⁰ existe una gran segmentación de las instituciones prestadoras de servicios y esta fragmentación del sistema promueve una mayor desorganización de los servicios y el financiamiento para éstos resulta ineficiente, lo que produce servicios de salud de baja calidad y poco eficaces para cumplir con los objetivos planteados para mejorar la salud de la población, debido a que existen diferentes niveles de organización y duplicidad de funciones en cada aparato burocrático y administrativo; todo ello obstaculiza la coordinación intrasectorial.

No cabe duda de que el sistema de salud en México, creado a lo largo del siglo xx ha permitido lograr avances importantes. Se ha logrado aumentar la esperanza de vida al nacer, las mortalidades infantil, materna y por enfermedades infecciosas han disminuido en forma significativa, entre otros logros. No obstante, y a pesar de las múltiples instituciones que existen en materia de salud y que atienden en el sector público, hasta el momento no se ha alcanzado una cobertura de atención a toda la población, además de que existe una enorme heterogeneidad en la calidad de los servicios que se prestan, y el financiamiento de los mismos es del todo insuficiente, lo que origina que con frecuencia no se cuente con los apoyos de laboratorio, gabinete, medicamentos, mantenimiento y equipamiento que se necesitan.¹⁰

Ante este panorama ha surgido la propuesta de crear un sistema de salud único y universal que permita diseñar políticas públicas que aseguren que toda la población cuente con el respaldo de los servicios públicos de salud. Para ello se requiere el apoyo con recursos públicos para el fortalecimiento y expansión del sistema de Salud pública. Este cambio sin duda debe contemplar los cambios en los patrones de salud y enfermedad de la población, así como los costos que esto implica.

En tal propuesta se propone impulsar la formación de recursos humanos que apoyen las actividades del Sistema Nacional de Salud, lo que tendría como propósito central garantizar la cobertura universal de los servicios de médicos de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación, tanto de orden ambulatorio como de hospitalización. De acuerdo con esta propuesta, para lograr lo anterior es necesario integrar la totalidad de las instituciones y programas públicos de salud en una sola institución, así como buscar que la operación de los programas de salud se complemente con la de programas sociales que inciden en la salud de la población, en especial educación, alimentación, dotación de vivienda, agua potable y drenaje, entre otros.¹⁰

¿Por qué tener un sistema de salud universal?

La propuesta anterior surge como una opción para corregir las deficiencias que presenta el actual sistema de salud mexicano y con una gran cantidad de problemas que a mediano

y a largo plazos irán aumentando a medida que vaya envejeciendo la población y que demande servicios que sobrepasen la capacidad actual del sistema. Hasta la fecha se mantienen grandes brechas entre las diferentes regiones, lo que se traduce en una profunda desigualdad en las condiciones de salud de una población a otra. Esto sin contar con las transformaciones en los patrones de enfermedad y muerte que se han ido observando a lo largo de la historia. Mientras que la mayor carga de enfermedad se ubica en las enfermedades infectocontagiosas, las causas de muerte son principalmente por enfermedades crónico-degenerativas. De tal manera que el sistema de salud en México debe ser capaz de atender ambas, sin mencionar que, debido al aumento de la esperanza de vida, y los cambios en las formas de vida las enfermedades crónicas ya ocupan un peso considerable en los grupos más numerosos y en etapa productiva.

De acuerdo con lo hecho en otros países, contar con un sistema de salud al que pueda tener acceso toda la población y que cuente con un servicio de calidad es uno de los puntos clave para garantizar los derechos de la ciudadanía.

El ejemplo de Brasil

A partir del decenio de 1970-1979 comenzó un proceso denominado "Reforma Sanitaria" que dio origen al Sistema Único de Salud que existe actualmente en Brasil. Este proyecto pretendía producir un cambio en los valores que existen en esta población, tomando a la salud como eje de transformación y procurar el bien común a través de la inclusión social y la disminución de las desigualdades. Esto, acorde con lo que se expresó en la 8a. Conferencia Nacional de Salud de ese país y que afirma que la "salud es un derecho de todos y un deber del Estado", transformó la salud de este país en parte de los derechos sociales con los que cuenta la ciudadanía y se convirtió en un derecho constitucional. Mediante la Reforma se unificaron en una sola institución los organismos de seguridad social y aquellos que atendían a población "abierta" (los equivalentes al IMSS y la SS en México). Esto incluyó a poco más de 50% de los servicios. La parte restante fueron los servicios privados que continuaron operando. En esta propuesta se reconocieron avances respecto de la producción, productividad e inclusión, pero se ha avanzado poco en lograr la integridad, la igualdad, además de que se menciona la necesidad de modificar los modelos de atención y de gestión en salud en caso de buscar ampliar la cobertura.

A decir de algunos sectores de la población, falta mucho por hacer en materia de prevención de enfermedades, de calidad de la atención y de acceso a medicamentos aun controlados por empresas multinacionales (excepto los

antirretrovirales para el SIDA, en cuyo caso Brasil decidió, junto con Sudáfrica, no respetar las patentes). Para esto se propone replantear lo que se ha trabajado en el sistema único; una de las cuestiones que se considera relevante es reposicionar al usuario de los servicios como el centro de la formulación y operacionalidad de las políticas y acciones de salud. Todavía la población que solicita atención médica debe hacer filas desde la madrugada, pasar por selecciones, aguardar horas en salas de espera y, casi siempre, recorrer más de un establecimiento en los casos que precisen la realización de exámenes y obtención de medicamentos.

Fórum da reforma sanitária brasileira, ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA, AMPASA. Manifiesto: Um SUS "em serio": universal, humanizado y de calidad", Río de Janeiro, 2006.

En México se han llevado a cabo acciones que buscan remontar las crisis económicas influidas por las propuestas de modernización neoliberal de la política social, que a decir de López y Blanco han tenido un severo impacto sobre el financiamiento y la organización de las instituciones de bienestar social en general y de salud en particular, con lo cual han frenado la tendencia expansiva de los servicios públicos de salud, limitado su lógica distributiva y debilitado su capacidad de respuesta al invertir su tendencia universalista, solidaria e integral.¹¹ De esta manera se plantea que las autoridades de salud se orientan hacia una atención a los pobres en una lógica de beneficencia, mientras que para la población "no pobre" el acceso a los servicios y la resolución de sus necesidades se plantea a través del mercado, debido a la importancia económica y financiera que implica el "sector salud", mientras que los pobres reciben "paquetes de salud" canalizando los recursos a intervenciones exclusivamente costo-efectivas.

Surge una crítica interesante que plantea que este modelo de política de salud en México obedece a una postura neoliberal; es regresivo, además de que excluye a grandes grupos de población de servicios de salud de calidad. De esta forma, lejos de reforzar la estructuración de un sistema de salud de calidad, equitativo y universalista, contribuye a acelerar los procesos de fragmentación y mercantilización de las instituciones públicas de salud y a profundizar el sistema dual y polarizado; la pérdida de centralidad del presupuesto público y la focalización de los recursos a través de programas como el PROGRESA (actualmente OPORTUNIDADES) financiados con préstamos de organismos supranacionales.¹¹

Así, pese al fuerte consenso mundial sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, no hay un marco establecido para ello en los países en desarrollo ni una fórmula para aplicar o un paquete de intervenciones para realizar. Muchos sistemas de salud simplemente carecen de capacidad para

medir o entender sus propias debilidades y limitaciones, lo que priva a los formuladores de políticas de ideas sólidas desde el punto de vista científico sobre lo que pueden y deben fortalecer.¹²

Inequidad en la atención a la salud

Como consecuencia de la situación que enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo y específicamente en México, el tema de la inequidad en salud es motivo de múltiples movimientos sociales, foros y debates. Considere algunos aspectos relevantes.

A partir de varios análisis que se han efectuado tanto a nivel mundial como nacional se sabe desde principio del decenio de 1990-1999 que el punto álgido del sistema de salud mexicano es el alto grado del financiamiento a la salud que tiene origen privado (en México es poco más de la mitad, mientras que en muchos países europeos es de menos de 20%) y que en gran parte es gasto de bolsillo que hacen principalmente los hogares para atender sus necesidades de salud.¹³ Esta proporción de gasto privado favorece un alto grado de inequidad e insuficiencia de los recursos, pues se obtiene atención según la capacidad de pago y no según la necesidad de las personas.

El impulso al Seguro Popular, principal programa de los dos últimos gobiernos en México (ya considerado) es de esperar que resulte insuficiente para resolver el problema de la inequidad en la atención a la salud en el país. Además, dado que las formas de organización social que determinan las formas de vida de la gente repercuten de manera muy importante en su estado de salud, el contar con atención médica (bajo el supuesto de que todos tuvieran acceso a ella) no lo es todo, hay además otros aspectos fundamentales que deben tomarse en cuenta al hablar de salud en una población.

Así, por ejemplo, se ha demostrado que aun en países ricos (en donde los efectos de la injusticia social son un poco menos evidentes) los patrones de morbilidad y mortalidad, así como la esperanza de vida son menos favorables en personas con bajos recursos económicos, además de que la salud parece ser muy sensible a los efectos del entorno social en el que viven las personas (véase el capítulo 6 sobre las diferentes esperanzas de vida para grupos sociales en países desarrollados). De ahí que es factible afirmar que para contar con un sistema de salud eficiente y equitativo deben contemplarse políticas que influyan en los determinantes sociales que presenta la población en cuestión.

Lo anterior permite afirmar que aunque la atención médica puede contribuir a prolongar la sobrevivencia o mejorar el pronóstico de enfermedades graves, resulta aún más importante enfocarse a la salud de la población desde un punto de vista más amplio, debido a la capacidad de los determinantes sociales para contribuir a que la gente refuerce su salud o enferme. Es así como se explica que de una región a otra

cambie la esperanza de vida o los patrones de mortalidad, sin que desde el punto de vista biológico —o de modo más específico, genético— sea posible explicar estas grandes diferencias, pero sí exista una relación demostrable con las condiciones sociales y económicas de la población.¹⁴

Retomando esta información y aplicándola a México, cada vez hay más voces que apoyan la propuesta de lograr la “universalización de los servicios de salud”,¹⁰ que ven esto como una oportunidad para asegurar un sistema de salud único nacional y público que sea equitativo, de calidad y eficiente, que supere la inequidad y discriminación por clase, etnia, género o generación, promoviendo actividades de tipo solidario, en donde los recursos acompañen a las necesidades. En este sentido, en lo futuro debe buscarse mayor eficacia y efectividad en la redistribución de los ingresos y en el acceso a los beneficios sociales, así como lograr la participación activa de todos los involucrados además de mejorar la cooperación de los medios de comunicación para divulgar la información en salud.¹⁵

Salud pública y atención clínica

En conformidad con lo ya expresado, es importante que los sistemas de atención a la salud y la enfermedad lo sean de ambas y no sólo de la enfermedad. De manera espontánea, los sistemas de salud mercantilizados se enfocaron a *modelos de atención* en los que se hacía énfasis en lo curativo, lo hospitalario, lo especializado y lo complejo, descuidando aquellas partes que se orientan a la atención preventiva y la promoción de la salud, sobre todo en lo que se refiere a actuar sobre los determinantes sociales que influyen sobre ésta.

Por otra parte, se da prioridad a un modelo de atención que deja de lado intervenciones de salud pública que podrían reducir, hasta en un 47% las muertes prematuras y aumentar la esperanza de vida sana a nivel mundial en 9.3 años. Un ejemplo de ello es la prevención del tabaquismo que para 2030 será el causante de la muerte de más de 8 millones de personas en el mundo y en la actualidad representa cerca de 6% de la carga de mortalidad.

Bajo el predominio de este modelo médico centrado en lo curativo, lo hospitalario y lo especializado, los sistemas de salud (salvo contadas ocasiones) no son capaces de identificar de manera temprana las enfermedades emergentes o de nueva aparición, lo que representa que las acciones emprendidas destinadas al control de este tipo de enfermedades se realicen a destiempo y en algunos casos, incluso después de que el daño a la población ya es evidente en términos tanto de morbilidad como de mortalidad. Sería factible evitar una cantidad importante de casos de enfermedad y de muerte mediante actuar a nivel preventivo (p. ej., el alcohol y el tabaco contribuyen con casi 10% del total de las muertes en el mundo; véanse capítulos 4 y 5). Sin embargo, muchos países

del mundo cuentan con sistemas de salud que se enfocan de manera principal en la atención terciaria especializada (denominada “hospitalocentrismo”), y ocupan un lugar central en el sistema de atención médica, a tal grado que al parecer el incremento en el número de médicos obedece en gran medida al rubro de especialistas (casi 50% entre 1990 y 2005). Al fragmentar los servicios en ocasiones se presenta una duplicidad de funciones que poco contribuye a una mejora en la salud de la población.

En este sentido existen algunos obstáculos que contribuyen a que esta tendencia continúe, como el importante peso económico que representa la industria de la salud, de modo específico la tecnología y la industria farmacéutica. Este enfoque resulta bastante costoso para cualquier país y promueve que la población cuente con una calidad de vida bastante cuestionable, apartándose de los valores esenciales de la atención primaria, estableciendo que las personas más vulnerables sean los pobres debido a la diferencia en la capacidad de pago de unos y otros (véase el capítulo 10).¹⁶

Sin embargo, existen experiencias interesantes en algunos países en donde la política que orienta a los sistemas de salud “pone los pies sobre la tierra”, es decir, además de atender los daños a la salud que se generan por formas de vida dañinas, busca modificarlas en un sentido favorable a la salud, con lo cual evita que muchos casos de enfermedad lleguen a serlo o a manifestarse a plenitud. Un ejemplo son los planes de salud de Suecia estructurados alrededor de los determinantes sociales de la salud y no de sus consecuencias (cuadro 9-9).

Cuadro 9-9 Objetivos de la política de salud en Suecia

1. Participación e influencia en la sociedad
2. Seguridad social y económica
3. Condiciones favorables y seguras durante la infancia y la adolescencia
4. Vida más saludable en el trabajo
5. Medio ambiente seguro y saludable
6. Cuidado médico y de salud que promueve salud de forma más activa
7. Efectiva protección contra las enfermedades infecciosas
8. Sexualidad segura y adecuada salud reproductiva
9. Actividad física incrementada
10. Buenos hábitos alimentarios y alimentos sanos
11. Reducido uso del tabaco y alcohol, una sociedad libre de drogas ilícitas y la reducción del riesgo de daños por el juego

Fuente: Swedish National Institute of Public Health. Sweden's new Public Health Policy: National Public Health Objectives for Sweden, 2003. Citado por Granda, E. Globalización de los Riesgos en Salud, mimeo.

El sistema de salud planteado para los próximos años debe contemplar la formación de recursos humanos como uno de los pilares en los que se apoyarán todas las acciones de Salud pública incorporadas al modelo de atención. Asimismo, cada sistema debe organizarse tomando como base en las características propias del lugar, tomando en cuenta desde datos demográficos, hasta la situación epidemiológica

actual que va muy relacionada con las necesidades de la población.

Por último, para llevar a cabo todo esto hace falta contar con recursos suficientes, mismos que deberán ser utilizados de manera eficiente en acciones de prevención y atención de enfermedades en la población basados en políticas de salud efectivas.¹⁷

Referencias

1. BCSSS Bertalanffy Center for the Study of Systems Science. *General System Theory, The Nature of Systems*. Consultado el 5 de enero de 2010. Disponible en: http://www.bertalanffy.org/c_25.html
2. San Martín H. Manual de salud pública y medicina preventiva. Cap. 8 "El sistema socioecológico del proceso salud-enfermedad en las sociedades humanas", pp 189-195.
3. González Casanova P. *Las nuevas Ciencias y las Humanidades, Anthropos*, IIS UNAM, Madrid, pp 73-81;2004.
4. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2000. "Sistemas de salud" Cap. 1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? pp. 3-21.
5. Testa, M. *Pensar en Salud*, 2ª edición, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, pp. 25-26. 1997.
6. López Susan. Sistemas de salud comparados. *Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90*. Argentina, 2005. Consultado el 13 de enero de 2010.
7. Moreno L, Serrano Pascual A. *Europeización del bienestar y activación*. Política y sociedad; 44 (2): 31-44. 2007.
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud, México, 2005. Cap 1 "Organización del sistema de salud en México", pp. 19-25.
9. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001:58-70.
10. Narro RJ, Cordera CR, Lomelí VL. Hacia la Universalización de la Salud; Documento preliminar. Simposio "Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social".
11. López Arellano O y Blanco Gil J. *La polarización de la política de salud en México*. Cad. Salud Pública; 17 (1): pp. 43-54. 2001.
12. OMS. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. OMS 2009.
13. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: WHO, 2000.
14. Richard Wilkinson y Michael Marmot. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition/edited by World Health Organization 2003/Exclusión en Salud, Estudio de Caso, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México, Honduras. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Washington, D.C. – 2009.
15. Fórum da reforma sanitária brasileira, ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA, AMPASA. Manifiesto: Um SUS "em serio": universal, humanizado y de calidad", Rio de Janeiro, 2006.
16. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, Suiza, 2008.
17. Magaña-VL, Nigenda-LG, Sosa DN, Ruiz-LJA. *Public Health Workforce in Latin America and the Caribbean: assessment of education and labor in 17 countries*. Salud Pública de México; 51 (1), pp. 62-75. 2009.