

La Real Enfermedad del Sistema de Salud Mexicano

(Una reflexión de la eficacia o ineficiencia del sistema de salud en nuestro país)

Arturo Salazar Campos ^a

Abstract:

Everything starts from the perspective of Mexican law which says health care is guaranteed by Article 4 of the Constitution. Which he states: "... everyone has the right to health protection. The law will define the terms and conditions of access." The Mexican health system has evolved since its inception, according to changes not only the biological component of health but also in line with the economic, political and social aspects of our country. The Mexican reform was formulated and promoted on the basis of an explicit set of values and principles related to the idea that health care is not a commodity or a privilege for the population, but a social right. One of the main objectives of a modern health system is to ensure equity. Poverty and prevailing inequality in the country are structural problems that challenge public health policies and affect access to medical care and drugs, reduce the possibilities of prevention and alter the basic living conditions of thousands of inhabitants. The aim of this paper is to reflect on the health system in Mexico looking at it from a critical outlook to perhaps compare it as a health-disease process where the disease is caused by an imbalance between multiple factors, with its three determinants: agent, host and environment. Not forgetting all those factors that the health system does not help you really work like that of other countries

Keywords:

Mexican Health System, inequality, equity, universal services, Reforma

Resumen:

Todo parte desde la perspectiva de ley mexicana la cual dice: la atención de salud se encuentra garantizada por el Art. 4 de la Constitución Nacional. El cual afirma: "... toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso." 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. La reforma mexicana se formuló y promovió sobre la base de un conjunto de valores y principios explícitos relacionados con la idea de que la atención de la salud no es una mercancía o un privilegio para la población, sino un derecho social. Uno de los principales objetivos de un sistema de salud moderno es garantizar la equidad. La pobreza y la desigualdad prevalecientes en el país son problemas estructurales que retan a las políticas públicas de salud y afectan el acceso a la atención clínica y a los medicamentos, reducen las posibilidades de prevención y alteran las condiciones básicas de vida de miles de habitantes. El objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre el sistema de salud de México viéndolo desde un panorama crítico al compararlo quizá como un proceso salud-enfermedad en donde la enfermedad se produce por un desequilibrio entre múltiples factores, con sus tres determinantes: agente, huésped y medio ambiente. No olvidando todos aquellos factores que al sistema de salud no lo ayudan a que realmente funcione como el de otros países.

Palabras Clave:

Sistema de Salud Mexicano, desigualdad, equidad, universalización de los servicios, Reforma

Introducción

La conformación de los sistemas de salud (SS) y su operación, como cualquier otro sistema, se sustentan en principios y valores fundamentales que comparten los individuos en sociedad. En esencia, su organización y administración buscan mantener ese núcleo de valores y cumplir los objetivos que cohesionan a la sociedad y permiten satisfacer sus necesidades y solucionar los

conflictos, dada la diversidad de grupos, individuos e intereses específicos.¹

^a Maestro en Salud Pública, Arturo Salazar Campos, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela preparatoria número Uno, ORCID: 0000-0002-2200-7970, Email: dr.salazar.biologia@uaeh.edu.mx

El sistema de salud de México a través del tiempo ha presentado mejorías, cumpliendo con las necesidades que la población demanda en función de mejorar la calidad de vida de las personas y lograr una mejor atención en el rubro de salud; si bien hace 6 décadas millones de mexicanos no contaban con algún tipo de cobertura en materia de salud. Por lo tanto la inequidad de los servicios representaba hasta un 50% de la población de nuestro país, lo curioso de esto era que las personas que no contaban con algún tipo de servicio médico público eran las que mayores gastos reportaban al sector privado, a esto se suma la desigualdad del sistema de salud en México y generaba que existieran familias en condiciones de pobreza que no podían acceder al cuidado de su salud, lo que los hacía aún más pobres al gastar en unidades médicas privadas.

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.²

El objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre el sistema de salud de México viéndolo desde un panorama crítico al compararlo quizá como un proceso salud-enfermedad en donde la enfermedad se produce por un desequilibrio entre múltiples factores, con sus tres determinantes: agente, huésped y medio ambiente. No olvidando todos aquellos factores que al sistema de salud no lo ayudan a que realmente funcione como el de otros países.

El Sistema de Salud en México, es bastante peculiar desde su origen, a pesar de cumplir con su función, existen tareas pendientes de nuestro gobierno en la materia. Este cumplimiento se dificulta por la no clara definición de políticas públicas, con programas aislados que nacieron de un Plan Nacional de Desarrollo. Un ejemplo de ello y que ha tenido participación de todos los sectores y resultados más que evidentes y efectivos es el plan de vacunación; (mediante el esquema básico de vacunación) para todos los mexicanos, quien ha cumplido con las metas, pero desgraciadamente esa fórmula tan exitosa, no ha podido ser llevada a la práctica a otros programas.³ Considerando que ante los retos que enfrentamos es deseable que se establezca un sistema unificado de salud, a lo que se espera lograr es a una universalización de los servicios de salud, donde no importe ni la raza, ni el sexo, ni la clase social o el estatus laboral de los mexicanos; el objetivo debe ser que la salud

* De acuerdo a la norma NOM 036-SSA2- 2002 se define como esquema básico de vacunación al esquema orientado a la aplicación, en menores de cinco años de edad, de ocho dosis de vacunas para la prevención de diez enfermedades: poliomielitis con tres dosis de la vacuna VOP tipo Sabin; formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; tétanos, difteria, tos ferina, infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b y Hepatitis B con tres dosis de la vacuna Pentavalente

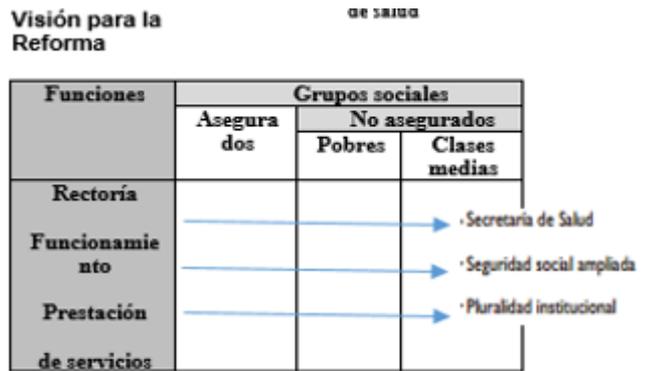


FIGURA 1. FUENTE: Frenk J y Colaboradores REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

esté universalmente protegida, como actualmente sucede, pero que esté garantizada a través de un sistema mucho más eficiente y basado en atención primaria.

El sistema de Salud en México, un panorama general

La fundación del sistema nacional de salud moderno data de 1943, año de creación de la Secretaría de Salud (SS), entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1959, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para cubrir a los empleados del sector público y a sus familias.⁴

Es así que desde sus orígenes el sistema mexicano de salud ha estado organizado con base en un modelo segmentado, predominante en América Latina, el cual está caracterizado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de estos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones. Es muy relevante que el sistema está marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los asegurados del sector asalariado y formal de la economía y los no asegurados.

Cada segmento de la población recibía los servicios de salud a través de instituciones integradas verticalmente, cada una de las cuales era responsable de la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios sólo para ese grupo de población.⁵ (Figura 1)[†]

De modo esquemático podemos observar el Sistema de Salud de México, como un sistema organizado en tres

(DPT+HB+Hib), y sarampión, rubéola y parotiditis, con una dosis de triple viral (SRP).

† Figura tomada de artículo de I. Frenk J, tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *salud publica mex* 2007;49 supl 1:s14-s22.

ejes, cada uno de los cuales puede ser identificado con diferentes niveles socioeconómicos. Estos ejes son productos de la evolución histórica de un sistema que desde su nacimiento ha presentado una clara división entre aquellas personas que son beneficiarias de la seguridad social, conformada en su mayoría por trabajadores del sector formal de la economía, y quienes, por carecer de un empleo formal o encontrarse en situación de pobreza debían acceder a la cobertura en especies brindada por la Secretaría de Salud: la población abierta.

Todo parte desde la perspectiva de ley mexicana la cual dice: la atención de salud se encuentra garantizada por el Art. 4 de la Constitución Nacional. El cual afirma: "...*toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso.*"⁶

Se entiende que un Sistema de Salud según la OMS[†] es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos; cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud⁷. De manera universal se sabe que los sistemas de salud constituyen la respuesta social y organizada para que los países puedan mejorar, procurar, mantener o mejor aún incrementar el nivel de salud de su población, desde una estructura biológica, económica, política y social.

México actualmente cuenta con un sistema de salud Fragmentado fundamentado en el modelo de Bismarck[‡], hoy en día el problema más importante en este rubro, es que el Sistema de Salud continúa como un conjunto de subsistemas distintos, como son el Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE, Pemex y el de las fuerzas armadas, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigidos a distintos grupos, con tarifas y costos diferentes y por lo tanto con resultados diferentes. La afiliación a un subsistema de salud no está determinada por la necesidad como tal, sino por el empleo de una persona, donde la salud deja de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo, misma donde se representa la inequidad de los servicios, existiendo muchas ineficiencias en el sistema lo que impide una prestación de servicios médicos sólida, justa y sostenible.

La reforma y el desempeño del sistema de salud mexicano

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.⁷

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, es importante mencionar que existe un antes y un después de la Reforma que hoy aplica en nuestro país.

La reforma mexicana[§] se formuló y promovió sobre la base de un conjunto de valores y principios explícitos relacionados con la idea de que la atención de la salud no es una mercancía o un privilegio para la población, sino un derecho social. La mayoría de los países en desarrollo enfrentan la apremiante combinación de una rápida transición epidemiológica con un sistema de salud financiada y abrumada que es incapaz de responder a las circunstancias. En este contexto, es necesario diseñar e implementar propuestas de reforma integrales basadas en los tres pilares de las políticas públicas: ético, técnico y político.⁸

Históricamente podemos decir que hasta el año 2000, antes de la reforma, el IMSS atendía a todos los trabajadores asalariados del sector privado y a sus familias, que representaban aproximadamente 40% de los casi 100 millones de habitantes de México; el ISSSTE atendía a 7%, y los seguros privados cubrían de 3 a 4% de la población. En consecuencia, aproximadamente 50% de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico prepagado. Esto incluía alrededor de 2.5 millones de familias de los segmentos más pobres que recibían únicamente intervenciones de salud comunitarias y preventivas muy básicas incluidas en el programa de combate a la pobreza denominado Oportunidades.⁹

Frente al panorama nada alentador que la Organización Mundial de la Salud ofrecía del sistema de salud mexicano (OMS, 2000), el gobierno inició un gran proceso de reforma que sentará las bases para la construcción de un sistema de salud que extendiera los beneficios del aseguramiento médico a la población que hasta ese entonces se encontraba desprotegida y que fuera al mismo tiempo eficaz y eficiente (Frenk J. et al, 2006). La iniciativa más importante fue la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que vino a reconfigurar la arquitectura del sistema de salud mexicano.

En la actualidad es decir para el 2015, el sistema se conforma básicamente de dos esquemas de aseguramiento público: el vinculado a la seguridad social

* *En el caso del derecho a la salud, tras un largo debate, no se utilizó simplemente el término derecho, como en el caso de educación, sino derecho a la protección, en la medida en que la salud no puede ser garantizada, sólo el acceso a los servicios médicos. Con todo, no son tan distintos ambos derechos, pues no basta el acceso a los servicios de educación para tener educación o una educación adecuada. Se necesita una educación de calidad y pertinente*

† OMS, Organización Mundial de la Salud.

‡ *El modelo Bismarck nace en 1883 en Alemania. se financia con primas, Existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico y no ofrece protección universal.*

§ *Knaut, F. M., Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2004). Financiamiento Justo Y Protección Social Universal: La Reforma Estructural Del Sistema De Salud En México Frenk J, Knaut F, Gómez Dantés O, et al.(2004). Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma estructural del sistema de salud en México. Secretaría de Salud, México, Forthcoming.*

que está asociado al mercado laboral formal y un seguro médico no contributivo llamado Seguro Popular que dirige sus acciones al resto de la población, principalmente en los más pobres. Ambos esquemas cubren a más de 95% de la población asegurada, dejando el resto al sector privado cuya participación es marginal.^{10, 17}

Los registros de las instituciones públicas: más de ocho millones de mexicanos están afiliados al IMSS y, al mismo tiempo, al Seguro Popular (SP), mientras que 1.2 millones están en el ISSSTE y en el SP.^{11, 18}

En 2012, después de nueve años de implantación de la reforma, el país ha alcanzado un hito en la cobertura universal. En el mes de abril del 2013, 52.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorporaron al SPSS y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal.^{11, 15} En general, prácticamente toda la población tenía acceso a algún tipo de servicio de salud, pero el número, calidad, efectividad y grado de protección financiera de las intervenciones variaban sustancialmente entre grupos de población, y eran particularmente deficientes para los pobres.

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.

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 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.

DETERMINANTES EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Determinantes en la Economía

De acuerdo con el Banco de México, la distribución del ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial (13 de 111 países). De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los

* *Los cinturones de miseria son todos los límites de las zonas marginadas en donde viven los que menos dinero tienen, los que llegar de "paracaidistas" vulgarmente dicho, aquellas persona que no tienen una calidad de vida buena, que viven al día, y que aun así el gobierno no hace nada por ayudarlos, no encuentran empleos, no encuentran trabajos ni sueldos dignos.*

Hogares realizada en el 2010, aproximadamente 48.6% de los mexicanos enfrenta pobreza de patrimonio, la cual se refiere a los hogares cuyo ingreso por persona es insuficiente para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público, educación y otros bienes.^{15, 16}

Hasta hoy no existen registros exactos de los habitantes que vivan en miseria y en zona rural, y quienes solo cuentan con algunos apoyos de gobierno en el mejor de los casos. El abandono en el que se encuentra el campo no permite desarrollar empleos y el campo mexicano está siendo abandonado por la falta de ingresos económicos, causa principal del desabasto alimenticio, sumado a la necesidad de importar alimentos. Esto está ocasionando la migración hacia el país vecino principalmente (hacia Estados Unidos) de manera ilegal y en otros casos migran a las ciudades donde habitan en los llamados cinturones de miseria, donde cuentan con escasos servicios públicos, lo que se vuelven problemas de salud y problemas sociales cada vez más grave.

México invierte poco y mal en salud pública. En proporción, el dinero que gasta en salud es incluso menor al que asignan países con desarrollo similar: los cerca de 1.2 billones de pesos que destina México equivalen a 6.2% del PIB. En los países de la OCDE (*La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico*)[†], el gasto en salud promedia 9.6% del PIB y se expande más de lo que lo hacen estas economías.^{17, 18}

El rezago de México en materia de salud se puede observar cuando se comparan indicadores clave de salud con los que corresponden a un país con su nivel de ingreso per cápita. Por ejemplo esto significa que si se intensificaran los esfuerzos de mejorar la nutrición de los hogares pobres (sobre todo en la etapa prenatal y los primeros años de vida), el impacto sobre el ingreso per cápita podría ser muy significativo.

La seguridad social en México está, también, enferma de burocracia. El dinero que dedica a tareas administrativas es tres veces más alto que el promedio de los países OCDE.¹⁸

La asociación positiva entre salud y crecimiento también se observa en el caso de México. Un estudio sobre la relación entre la esperanza de vida y la tasa de mortalidad (para diferentes grupos de edad), por un lado, y el crecimiento económico, por el otro, sugiere que la salud es responsable de aproximadamente un tercio del crecimiento (potencial).^{10, 18, 19}

Es importante considerar y mencionar que un bien público es aquel que puede ser consumido de manera simultánea por todas las personas y del que no se puede excluir a

[†] *Fundada en 1961, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo*

ninguna. Es decir, es un bien accesible para todos sin que su uso por cualquier agente cuestione su disponibilidad para los demás.

Los bienes públicos en el sector salud incluyen: aquellos que influyen en la salud pública, como el control de enfermedades transmisibles, los sistemas para asegurar la potabilidad del agua, la reducción de la contaminación; aquellos relacionados con la información y el conocimiento, como la protección de los derechos a la propiedad intelectual para asegurar que se siga avanzando la investigación científica o la diseminación y estandarización de la información; aquellos relacionados con la protección contra riesgos sanitarios como las campañas de inmunización, la vigilancia epidemiológica y la prevención de siniestros.^{18,19}

Este tipo de bienes públicos contribuyen al crecimiento económico a través de los siguientes mecanismos: incremento en la productividad laboral (por ejemplo, el control de enfermedades transmisibles, la distribución de micronutrientes y las campañas de información sobre la buena salud); ahorros en gasto en salud e incremento en la productividad en el sector.¹⁸

Los bienes públicos de la salud contribuyen a reducir las trampas de pobreza, por ejemplo a través de la erradicación de enfermedades mediante la vacunación de la población, la reducción de la contaminación, la prevención de siniestros, la seguridad en el lugar de trabajo, las medidas públicas de prevención de desastres, y la vigilancia epidemiológica, entre otros.¹⁹

El gobierno puede compensar la subinversión que, por definición, existe en bienes públicos. Esto no significa, sin embargo, que sea aconsejable invertir en todos los bienes públicos sin analizar primero los costos y beneficios de cada uno. La evidencia muestra que, por ejemplo, la inversión en la prevención y en políticas “saludables” (por ejemplo, en agua potable) tiene grandes beneficios.

México ha hecho importantes progresos para reducir su inmenso rezago en salud pública. El gobierno dedica tres veces más presupuesto a este rubro que hace 12 años, mientras que el Seguro Popular, creado hace 10 años, da cobertura a 56 millones de personas mediante los sistemas de salud estatales, ha logrado que hoy 93 de cada 100 mexicanos tengan algún tipo de cobertura de salud y es la opción para los 29 millones de personas que trabajan en la informalidad.²⁰

Determinantes en la equidad

Uno de los principales objetivos de un sistema de salud moderno es garantizar la equidad, a través de esquemas de financiamiento justos que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud; particularmente contra riesgos que pudieran generar

trampas de pobreza y que promuevan una mayor igualdad en el acceso a la atención y en las oportunidades para mejorar las condiciones de salud. En este sentido el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado.^{20,21}

En nuestro país los mexicanos aún pagan de su bolsillo muchos de los servicios de salud, en ocasiones con consecuencias familiares financieramente desastrosas. Cerca del 45% del gasto en atención médica y medicamentos que se hace sale del bolsillo de los pacientes y sus familias, muy por encima del 19.5% en promedio en los países OCDE.^{18, 19, 20}

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 político normativos. 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.²⁰

La equidad en salud alude a las diferencias existentes en la sociedad, tanto a nivel de necesidades como de respuesta social organizada, lo que significa el análisis de los diversos perfiles epidemiológicos, los gradientes en la distribución de recursos y de tecnología; las diferencias en el acceso, uso y calidad de los servicios, así como la cultura de la salud, donde se materializan las condiciones, hábitos de vida y los conocimientos en materia de promoción, prevención y recuperación de aquélla.^{12,20,21}

En México, dada su complejidad cultural, existen obstáculos adicionales al acceso y aceptación de los servicios. La terapéutica tradicional, ejercida por grupos de población relativamente reducidos, ha suplido o complementado parcialmente la insuficiencia de aquéllos. La disparidad no sólo se presenta en las coberturas, sino también en la calidad de la atención y en la tecnología disponible.

* El término equidad según Ramírez (13), procede del latín *aequitas*, que a su vez se deriva de la palabra *aequus*, que significa “igual”. Consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus

méritos o condiciones. Aristóteles expresó que “la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal”.

Determinantes en la desigualdad y la pobreza.

Es claro que cuando la salud tiene un impacto sobre el ingreso y el crecimiento económico, entonces la salud también es considerada como un determinante de la pobreza, la población más pobre tiene una menor capacidad monetaria para cubrir sus necesidades y les resulta un poco más difícil buscar atención médica y comprar sus tratamientos médicos.

Las diferencias en salud se reflejan en diferencias en niveles de ingreso y, por lo tanto, las políticas públicas que logren una mayor equidad en salud ayudarán también a alcanzar una distribución más equitativa del ingreso.

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas.^{11, 21}

La pobreza y la desigualdad prevalecientes en nuestro país son problemas estructurales que retan a las políticas públicas de salud y afectan el acceso a la atención clínica y a los medicamentos, reducen las posibilidades de prevención y alteran las condiciones básicas de vida de millones de habitantes. La salud y la enfermedad de una persona o un grupo social dependen mucho de donde se nace, de si hay o no condiciones de pobreza.

Las desigualdades se reflejan en el acceso a satisfactores entre los que figuran los recursos para la salud, al tiempo que las carencias se manifiestan en las necesidades.²¹

El estudio de la salud y la enfermedad ha permitido identificar modalidades específicas de daño que varían en el tiempo según la población y tipo de patología. Dentro de los grupos con mayores carencias coinciden patologías que actualmente se ha logrado abatir y controlar en los grupos sociales con mayor nivel de bienestar.

EL CONTEXTO ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

El derecho a la salud, a pesar de estar enmarcado constitucionalmente, no se ha garantizado desde hace muchos años a la población por igual, por tanto un sistema universal de salud es apenas un primer paso a lo que podía lograrse si se tuviera una estrategia real. Es importante decir que el concepto de universal significa que todas las personas tienen derecho a recibir atención médica cuando lo requieran.

Un ejemplo claro es la creación del seguro popular, el cual pretendió dar una cobertura médica afiliando a toda

la población que no podía pagar sus gastos médicos o cubrir los servicios a los que hicieran uso, por no contar con empleo formal, estar afiliado al IMSS o al ISSSTE, hasta el momento no ha sido suficiente porque además solo cubre un catálogo de enfermedades comunes y ciertos servicios médicos que son insuficientes.^{22, 23}

Otro punto a mencionar es que estas instituciones no cubren todos los medicamentos prescritos, donde algunos son de costos muy elevados y que la población no puede adquirirlos por falta de recursos económicos, lo mismo pasa cuando se requiere de intervenciones médicas quirúrgicas o de alta especialidad, aquí se requiere de una gran aportación de inversión, y estos servicios tampoco los cubren, aunque estén afiliados a un servicio médico público, en conclusión y ante todas estas situaciones no se puede hablar de un sistema universal completo.

Muchos asegurados rehúyen a los hospitales públicos y optan por el médico privado, con la consiguiente compra de medicamentos en las farmacias privadas, lo que alimenta un alto gasto de bolsillo. Cerca del 22% de las personas que reciben atención en los consultorios de farmacia (el llamado médico de punto de venta), lo hace porque no quieren ir al médico en el sistema público, según datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*.^{21, 22, 23}

Para que se pudiera hablar de universalización de los servicios de salud, se tendría que hacer un cambio en la reforma en salud, quizá lo que preocupa y se tiene que enfatizar es garantizar el acceso efectivo y con calidad a todo tipo de persona, independientemente de su condición social o estatus laboral, ya sea si los servicios de salud son federales o locales.

El Seguro popular ha logrado aumentar la afiliación en usuarios, pero falta avanzar en el número de intervenciones atendidas y en dar más dinero para realizarlas. Entre las enfermedades no atendidas por el Seguro Popular están el cáncer de pulmón y la esclerosis múltiple; además de que sus afiliados surten 30% de sus recetas en farmacias privadas, por desabasto de medicamentos, según el estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2013, hecho por el Instituto Nacional de Salud Pública por encargo del SP.^{22, 23}

Los afiliados al IMSS e ISSSTE, en cambio, tienen el derecho a ser atendidos de cualquier enfermedad, lo que plantea un problema para hacer válido el principio de derechos iguales a todos los mexicanos. "En la modificación del Artículo 4 Constitucional, el cual dice: el gobierno propondrá que el Estado sólo tenga la obligación de atender los padecimientos contenidos en un catálogo similar al del Seguro Popular, y eso puede significar un retroceso de derechos".²³

Hablando desde el punto de los recursos del sistema nacional de salud universal, deben de manejarse por parte de los actores de forma transparente y horadamente lograr asuntos de eficacia y economía; con un sólo objeto el de garantizar su mejor fin a lo que fueron

empleados y diseñados. Y por último lo más importante sería que tanto la organización, el financiamiento y la evaluación del sistema de salud estuviera integrada por la participación social, federal, estatal y universal, con la única visión de que el sistema de salud público y privado sean uno mismo.

Pero no todo está perdido, en México se aproxima una gran oportunidad de cambio en cuanto a salud, la cual surge como una respuesta a los cambios epidemiológicos, institucionales y sociales de los últimos años y con el compromiso de fortalecer la cobertura y el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, México ha elaborado la primera versión de un nuevo modelo de atención, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)^{22, 23}.

Con este programa se pretende lograr la cobertura universal con acceso efectivo y con calidad de los servicios de salud para los mexicanos, independientemente de su condición social o laboral, es un objetivo tanto del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, como del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. En los últimos años se ha logrado un gran avance en términos de cobertura y financiamiento. Sin embargo, el dinamismo demográfico y epidemiológico de la población en México, imponen nuevos retos para alcanzar un Sistema Nacional de Salud Universal que permita garantizar el acceso efectivo a la atención médica.²³

CONCLUSIÓN

Lo que se busca actualmente en el sistema de salud Mexicano es favorecer la equidad sanitaria y la justicia social, dando como resultado el acceso universal a los servicios de salud y teniendo a la protección social como prioridad; sin importar género, raza y nivel socioeconómico. Lo que se propone en este ensayo referente a la prestación de servicios y calidad de los mismos, es que se cubra totalmente las necesidades de la comunidad, implementado y reforzando el padrón único de usuarios que permita la portabilidad y que pacientes reciban atención en cualquiera de las instituciones de salud y en el lugar del país donde se encuentren, sin importar a qué institución están afiliados ni su lugar de residencia; así mismo contar con un expediente electrónico como el que ya funciona en otros países el cual pueda ser visto en cualquier dependencia y dar un seguimiento continuo, pudiendo ésta ser una reforma política mucho más integral y reforzada; donde el propósito principal es alcanzar el grado máximo de salud posible y una de los puntos principales es que se disponga de más recursos económicos ya que se observan las respuestas sanitarias a un mundo en transformación totalmente equivocadas, y tomadas por personas equivocadas, estas no han sido previsoras ni oportunas, cuando un sistema de salud falla, no se deben

aplicar remedios transitorios para solucionar las políticas mal diseñadas.

Es necesario reformar el sector para contrarrestar las dificultades de la calidad en la atención, aumentar el presupuesto público, revisar los medicamentos incluidos en los cuadros básicos, agregar productos prioritarios y acortar el tiempo desde que un nuevo medicamento es autorizado hasta que llega a los hospitales. Es razonable esperar que en la implementación de estas innovaciones se encuentren dificultades. La complejidad de la situación, así lo determina. Sin embargo, no es aceptable un tiempo excesivo, ya que la relación costo/beneficio no lo justifica. Será preciso la coordinación interinstitucional y la operación de modelos de atención totalmente innovadores, que sean rigurosamente diseñados, ejecutados y cuantificados para poder justificar su permanencia o cambio.

No podemos aspirar a lograr acceso efectivo a los servicios de salud, sin asegurar primeramente la calidad de los mismos, para esto la calidad del sistema es actualmente un reto, que llevara diferentes vertientes, desde cómo se debe centrar la atención del paciente hasta como mejorar los sistemas de información. Por eso el compromiso que tiene México es el de mejorar la calidad de los servicios, en el cual se debe trabajar para lograr el acceso efectivo de los servicios de salud con calidad. Avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal, hacer acciones de protección, promoción y prevención, mejorar la atención de la salud de la población en situación vulnerable, garantizar el acceso efectivo a servicios de calidad y promover la participación internacional.

La cobertura universal en salud en nuestro país sería la mejor estrategia para que nuestro sistema fuera autentico o mucho mejor que el de otros países, pero debido a los cambios políticos y sociales suele ser aun un camino sin sendero, lo que se espera es que se logre que los servicios de cualquier institución se homologueen y que los padecimientos de las personas se traten de igual manera en cualquier institución con la misma calidad y el mismo costo. Para todo esto es importante despertar y abrir nuevas tendencias, detectar y diseñar estrategias, y aunque se requieren de mayores recursos, la calidad está ligada a la falta de eficacia del uso de los recursos.

Hacer más sólido el acceso efectivo dependerá de la forma en que las instituciones logren establecer los mecanismos que permitan consolidar el acceso universal al financiamiento y transformarlos en el acceso efectivo a servicios de salud, entendido como la definición operativa de la cobertura universal en salud; esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutoria.

* El M.A.I. representa una forma de organizar los recursos existentes y potenciales del sistema de salud entorno a la ATENCIÓN INTEGRACIÓN del individuo, la familia y la

comunidad asegurando para ello" los servicios de salud según las necesidades sociales de cada población.

Referencias

- Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Londres: Zed Books, 1994:240.
- Chertorivski Woldenberg, S. y G. Fajardo Dolci. "El sistema de salud mexicano ¿requiere una transformación?" *Gaceta Médica de México*; (2012); 148:502-8.
- Orellana, J. Comparación de los Sistemas de Salud de México y de España. *Salud en Tabasco*, (2013). 19
- Knaul F, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff* 2005; 24(6):1467-1476.
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública Mex* 2007; 49 suppl 1:S21-S34.
- Medina, M. R. (2012). Políticas Públicas en Salud y su Impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México. Recuperado el 13 de 04 de 2015, de http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/validacion_confiableidad.html
- Davini, María Cristina. "Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud." *OPS*. Julio (2005).45
- Frenk J, Knaul FM, Gómez-Dantés O. Cerrar la brecha de la excelencia relevancia en la investigación en salud: el uso de la evidencia en la reforma de salud en México. Es: actualización del Foro Mundial sobre la investigación para la salud. Londres: ProBrook Publishing, 2004:48-53.
- Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud Pública Mex* 2007; 49 supl 1:S14-S22.
- Mayer-Foulkes. "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Mexico, 1950-1995", *Journal of International Development*, D. 2001a 13(1), pp.123-126.
- WAGSTAFF, Adam. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2002, vol.11, n.5-6, pp.316-326. ISSN 1680-5348. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500007>.
- Jorgen E. Explanations of social inequality: an approach to the problem. In Smedby (Ed). *Inequities in health services in the scandinavian countries*. Sweden 1984;45-56
- Ramírez A. Enfoques prevaecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados. Diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba. [Tesis Doctoral]. [La Habana]: Universidad Médica de La Habana. Escuela de Salud Pública; 2004:4-24
- López-Cervantes, M, et al. La necesidad de transformar el sistema de salud en México. *Gaceta Médica de México* 2011,147 :469-74
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Enrolled population up to April 2012. 17 [consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&i d=4&Itemid=
- Ortiz G. Círculos virtuosos y círculos viciosos: crecimiento y reducción de la pobreza en América Latina. Banco de México, 2010
- Urquieta-Salomón J. Edmundo Evolución de la cobertura de salud en México. Evidenciando avances y retos del sistema de salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México. 2013;1 pp.01-37
- Peña Ja. Por qué demandan a los médicos en México y por qué nace el movimiento médico. *Gac. Int. Cienc. forense* ISSN 2174-9019 n° 13. octubre-diciembre, 2014; pp.05-07
- PwC. Perspectivas del Sector Salud en México para el 2015. septiembre 8, 2015, de Prestadores de Servicios de Salud PwC Sitio web: http://www.pwc.com/es_MX/mx/industrias/archivo/2014-11-perspectivas-2015-sector-salud-mexico.pdf
- Caballero, D. (2015). ¿Qué te depara este 2015 en materia de salud?. Septiembre 24, 2015, de El Semanario Sitio web: <http://elsemanario.com/110616/que-te-depara-este-2015-en-materia-de-salud/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Evidencia para la política pública en salud. ENSANUT 2012. Reporte nacional. Cuernavaca: INSP, 2012.
- <http://www.idd-mex.org/2014/informes/82/dimensin-iii-democracia-social-y-humana.html>
- Gustavo Leal Fernández, investigador de la UAM Xochimilco (UAM-X) Asamblea Nacional de Enfermeras y Enfermeros de México/ Puebla <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xZQLGjblpL0J:https://enfermeriaangelopolis.wordpress.com/2016/02/+&cd=6&hl=es&ct=clnk&gl=mx>