

## Ensayo

ISSN: 13152823  
INDICE REVENCYT: RV0003  
LATINDEX: 18219  
PERIODICA  
IMBIOMED

**El sistema de salud mexicano**  
**The mexican health system**

Ruvalcaba Ledezma. Jesús C, Cortés Ascencio. Sandra Y.  
Instituto de Investigación sobre la Salud Pública. Universidad de la Sierra Sur.  
Oaxaca, México.  
dcspjcarlos@hotmail.com

Recibido: 19/03/2012  
Aceptado: 24/04/2012

---

## Resumen

Desde sus orígenes el sistema de salud mexicano ha sido un sistema fragmentado, desigual, caracterizado por la inequidad, inaccesibilidad y la incapacidad de ofrecer respuesta a las condiciones de salud en lo que respecta a cobertura y calidad de los servicios. El objetivo del presente ensayo fue construir los antecedentes y la dinámica social respecto a las necesidades que en salud pública propician la integración del sistema de salud mexicano, así como explicar los elementos que conforman la reforma-integración del sistema de salud mexicano, mediante un análisis bibliográfico-crítico referente a algunos de los principales actores de la salud pública de México. La reforma e integración del sistema de salud mexicano, pretende promover el acceso universal a la protección social mediante la función de rectoría del sistema de salud, representado por la Secretaría de Salud, mejorando la coordinación entre instituciones públicas y deposita el éxito entre otras cuestiones en la implementación del seguro popular de salud destinado a grupos vulnerables. Resulta indispensable considerar la corresponsabilidad en salud para lograr la total eficacia y eficiencia de los planes y programas que implica un compromiso entre gobierno y sociedad por el bien común.

**Palabras clave:** sistema, Integración, seguro popular, corresponsabilidad.

## Summary The mexican health system

Since its origins, the Mexican Health System is a fragmented, unequal system, characterized by inequality, inaccessibility and the inability to provide answers to health conditions regarding the coverage and quality of services. The Reform and integration of the Mexican Health System, seeks to promote universal access to social protection through the stewardship of the health system, represented by the Ministry of Health, improving the coordination between public institutions as well as making successful other issues such as the implementation of the «Popular Health Insurance» for vulnerable group, it is essential to consider the responsibility in health to achieve total efficiency and effectiveness of plans and programs that involve a compromise between the government and society for the common good.

**Keywords:** system, reform, integration, stewardship, Popular Health Insurance, responsibility

## Introducción

Para entender y comprender con mayor visión y eficiencia este entresijo, lo primero es partir de la **definición de sistema**, luego entablar una reflexión acerca de cómo ha sido el origen del sistema de salud mexicano y su evolución hasta nuestros días, robusteciendo su futuro a partir de las perspectivas que en salud se requieren y que las nuevas generaciones demandarán y finalmente la descripción de la reforma o propuesta de integración del seguro universal para los mexicanos, por lo que iniciamos con la definición de sistema y de sistema de salud.

La palabra sistema se usa con diferentes sentidos en ingeniería, en informática, en biología, en ciencias sociales y en lenguaje común. En el campo de la salud presenta dos significados predominantes, el primero como **inventario** y se define como el conjunto de elementos que se encuentran más o menos vinculados por una función común, como una lista de organizaciones o personas que participan en la producción de servicios, sin que se requiera que estén coordinados o integrados.<sup>1</sup>

El segundo sentido, aún más estricto, puede denominarse de **relación**. En este caso incluye no solo los componentes, sino sus interrelaciones, donde su esencia es: que el todo, resulta mayor que la suma de las partes de relaciones, entre sí como con su entorno.<sup>1</sup>

Respecto a las funciones, el sistema de salud puede ser visto, en sentido abstracto, como “El vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población”; como el conjunto de instrumentos sociales que se encargan de movilizar recursos para transformarlos en servicios de salud, guiados por políticas e información acerca de las necesidades en salud y relacionado al desempeño del propio sistema: la ocupación, el ingreso, la educación, el género, así como etnicidad y la ubicación geográfica tienen importantes efectos sobre las condiciones de la salud y el acceso a los prestadores.<sup>1</sup>

El énfasis del presente ensayo se centra en dar respuesta a la pregunta ¿Cómo es el sistema de salud mexicano? Por lo que el objetivo consistió en construir los antecedentes y la dinámica social respecto a las necesidades que en salud pública propician la unificación del sistema de salud mexicano, así como explicar los elementos que conforman la reforma-integración del sistema de salud mexicano y el impacto

social en la salud pública, verificado en las cifras de prevalencia e incidencia de enfermedades, tasas de mortalidad y en el discurso de los usuarios, respecto a la calidad de la atención en salud, para efectuar este trabajo fue necesario acudir a realizar análisis bibliográfico y de la experiencia vivida en trabajo de investigación comunitario donde la población corresponde a comunidades con alto y muy alto grado de marginación, o bien, con el más bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH) donde se requiere de la presencia de servicios de salud y de la corresponsabilidad en salud pública.

De la relación recíproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad, depende la accesibilidad a los servicios, el acceso a satisfactores básicos que definen la calidad de vida, entre los que destaca el tiempo y el desarrollo económico, el esfuerzo colectivo, en fin, es una zona donde se articulan la política social con las metas de bienestar y la política económica, con su interés por la producción.<sup>2,3</sup>

En México, se han implementado estrategias de política social en respuesta a las necesidades de educación, salud y alimentación desde 1996 a través del programa Progres a y actualmente del programa Oportunidades.<sup>4</sup> A partir de datos obtenidos en dicho programa durante el año 2000, se inician los comentarios y predicciones respecto a que estamos a punto de enfrentar una de las epidemias más serias en la humanidad, la obesidad y los problemas derivados de ésta: tales como las alteraciones metabólicas, el incremento en diabetes mellitus tipo 2 en edades más jóvenes, el aumento y la transformación de los problemas cardiovasculares, aunado a complicaciones sociales como la violencia y los accidentes que impactan en salud. La situación en salud pública se agrava, ya que se observó que en el año 2010 la obesidad ocupó el primer lugar a nivel nacional, con mayor prevalencia en niños, dato que indicó una carga extra de riesgo para problemas metabólicos, incluyendo diabetes y cáncer.

## El sistema de salud

La historia moderna del sistema de salud mexicano es la historia de la conquista de un derecho ciudadano desde un sistema asistencial donde se ofrecían los servicios de salud a una concepción ciudadana sustentada en la Constitución, que obliga al Estado a

garantizar el derecho de protección de la salud a todos los miembros de la sociedad.<sup>4</sup>

Entre los derechos humanos y sociales destacan el acceso equitativo y universal a la salud individual y colectiva, base desde la que se puede impulsar el desarrollo pleno de las capacidades físicas, intelectuales, laborales y sociales de una población. La transición demográfica y epidemiológica en nuestro país representa un reto, ya que existen áreas de oportunidad donde es necesario integrar los conocimientos generados por nuevos estudios e investigación científica, para atender al adulto mayor, personaje un tanto olvidado, así como los grandes problemas de salud, entre ellos las enfermedades crónicas.

Resulta trascendente señalar que a nivel mundial el primer sistema nacional de salud se instaura a partir de 1883 en Alemania por Otto Von Bismarck quien promovió el seguro médico para los trabajadores, surgiendo con el propósito de atenuar las demandas laborales y proteger a la clase obrera Alemana ante los riesgos asociados al acelerado proceso de industrialización del país.<sup>5</sup>

En 1942 surge en Inglaterra el informe Beveridge que dice; Toda persona independientemente de su condición laboral o económica tiene derecho a una protección básica otorgada por el estado que le garantizara la satisfacción de sus necesidades fundamentales. En México la seguridad social tiene su origen en 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y la creación en 1960 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).<sup>5</sup>

En México surgen dos modalidades para el acceso a los servicios de salud:

- a) Trabajadores del sector formal de la economía (público o privado) y sus familias protegidos por la seguridad social a los que se les denomina asegurados o derechohabientes.
- b) Campesinos, trabajadores por cuenta propia, desempleados e indigentes denominados no asegurados o población abierta.

Es importante acotar que la arquitectura de origen del sistema generó una segmentación en la prestación de

los servicios de salud y como consecuencia en el acceso de la población a estos dependiendo de:

- La fuente de financiamiento.
- En función del tamaño de la población atendida, infraestructura y equipamiento.
- La participación de los trabajadores y patrones.
- Diferencias entre la totalidad de las instituciones del Sector Salud
- Aseguramiento de derechohabencia con el empleo formal.
- Supuesta derechohabencia sin empleo formal.
- Seguridad en salud dependiente del bolsillo del usuario.
- Instituciones de salud paralelas con marcadas diferencias en infraestructura.
- Recursos humanos.
- Cobertura.
- Capacidad de resolución de las necesidades de salud.

En lo que respecta a la segmentación del sistema de salud, se pensó en sus inicios que sería transitoria, pero no fue así, la insuficiencia en empleos mantuvo dicha segmentación derivando entonces una insuficiente accesibilidad de los servicios de salud. En 2004 poco más del 50% de la población del país no contaba con seguridad social.

La accesibilidad es dependiente en términos generales de:

- Servicios con carácter público.
- Servicios con carácter privado.
- Dependiente de la institución de seguridad social: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SSA. etc. Existe diferenciación incluso por estados.
- La ubicación geográfica, la dispersión de las comunidades y la accesibilidad de vías de comunicación, caminos, orografía e incluso el clima o condiciones del entorno.<sup>5</sup>

La desigualdad en el financiamiento *per cápita* para la población asegurada y no asegurada se ha ido reduciendo, para 2004 el gasto *per cápita* era de 2.4 veces mayor al gasto *per cápita* para la población sin seguridad social, en 2008 esta diferencia se redujo a

1.5 veces, lo que significa que por cada peso destinado a la atención médica de una persona sin seguridad social, el asegurado recibía 1.5 pesos más para atender su salud.

El 15 de mayo de 2003 se logra la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y del Seguro Popular de Servicios de Salud (SP) en materia de financiamiento de servicios de salud orientado a personas sin seguridad social y ha disminuido la brecha entre el gasto *per cápita* de los asegurados y los no asegurados, sin embargo la naturaleza segmentada de nuestro sistema de salud, no favorece el uso eficiente de los recursos, en particular los relativos al financiamiento de infraestructura física y equipamiento. El proceso de afiliación a este esquema financiero de salud, pretende la universalidad de todos los mexicanos, es decir, que todas las personas cuenten con algún sistema de seguridad social, que en un momento dado la población total del país este cubierta por alguno de los seguros públicos existentes a la fecha.<sup>5</sup>

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) estimó que para el año 2000 en nuestro país los costos administrativos representaron el 9,5% del gasto total en salud, alto comparado con Suecia de 0,4% y 6,9 % de los Estados Unidos de América; Para el 2005 fue de 10,8%, en comparación con Suecia 1,55% y Estados Unidos de América 7,10%; Para el 2008 respecto a los gastos en recursos públicos fue de más del 50% privado y de ese recurso el 95% fue de gasto de bolsillo.<sup>5,6</sup>

En cuanto a infraestructura en salud para el 2009 el sector público cuenta con 1.211 hospitales y 19.534 unidades de atención ambulatorias, 0,7 camas/1000 habitantes, la cifra más baja de los países de la (OCDE), Japón 12 y Turquía 2,5/1000 habitantes, respectivamente.<sup>5</sup> Pero cabe señalar que el sistema de salud mexicano luego de su integración, pretende no dejar rastro de la inequidad y la inaccesibilidad de los servicios de salud, claro que esta meta no es a corto plazo y se supone que una persona por ser mexicana podría atenderse o recibir atención médica en la clínica más cercana, independientemente de la clase social a la que pertenezca.

Hoy en día la realidad respecto a la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud es incierta, normalmente no se cuenta con los cuadros básicos de medicamentos, incluso las personas aseguradas

directamente por ser trabajadores y definidos como derechohabientes, aunque aportan una cuota dependiente del bolsillo procedente del trabajador y que se le rebaja vía nómina, reciben atención médica condicionada a que aquellas personas vulnerables económicamente inscritas en el seguro popular tengan o no cita, a que pierdan más tiempo en la sala de espera de consulta médica, a que se diluya la posibilidad de contar con medicamentos específicos para su problema de salud, es decir, a que se incremente la posibilidad de no recibir atención médica o de recibir atención médica de deficiente calidad, al exagerar en el número de personas que se atienden, mientras se emplean los recursos de los asegurados o derechohabientes, del patrón y del gobierno federal.

En recursos humanos, el sector salud contrató durante 2009 a 169.308 médicos (1,7/1000 habitantes) y 225.144 enfermeras (2,2 /1000 habitantes). Los recursos para personas sin seguridad social se han incrementado y es notorio en las caravanas de la salud, en general existe variabilidad en la calidad de los servicios, existen unidades de servicio públicas y privadas con altos estándares de calidad, sobre todo aquellas que se encuentran certificadas o acreditadas, aunque también existen aquellas con baja efectividad y poca seguridad para los pacientes, facilitando la presencia de las infecciones nosocomiales entre 10% y 15% de acuerdo con el tipo de hospital bajo estudio. Este tipo de infecciones constituyen eventos adversos para la seguridad del paciente y requieren de estrategias de intervención institucional por parte de la Secretaría de Salud. Para el 2008 la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) realizó un estudio para medir la prevalencia de eventos adversos en servicios de cirugía y para 2008 fue de 4,1 (128.400), por lo que 1 de cada 25 pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico presenta evento adverso, estas cifras dan cuenta de la necesidad de establecer mecanismos que permitan minimizar este tipo de errores médicos e incrementar los estándares de calidad en la atención de la salud.

Otra de las cuestiones importantes a comentar radica en la ubicación geográfica, como uno de los mecanismos que de alguna manera intervienen en el flujo de los recursos e incluso en el incremento de la demanda de los servicios de salud, con respecto a lo planificado, por lo que por cercanía geográfica una persona o más pueden buscar atención médica en otro estado y esto generar desvíos de recursos económicos

y por lo tanto trae como consecuencia disminución de la calidad de la atención.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los sistemas de salud tienen tres objetivos básicos:

- 1.- Mejorar el estado de salud de la población.
- 2.- Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios.
- 3.- Evitar que las personas incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud.

En México, los criterios de equidad en la atención juegan un papel fundamental. Se consideran también como objetivos de los sistemas de salud, el reducir la desigualdad en la atención y garantizar que la salud contribuya a reducir la pobreza.<sup>5</sup>

En la Ley General de Salud de México, a través del artículo 7° faculta a la Secretaría de Salud la función de Rectoría del Sistema, atribuyéndole entre sus principales funciones, las siguientes:

- 1.- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal.
- 2.- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- 3.- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- 4.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el ejecutivo.
- 5.- Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes.
- 6.- Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud.
- 7.- Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud.
- 8.- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea

congruente con las prioridades del sistema nacional de salud.

Es importante señalar que la acción rectora de la Secretaría de Salud resulta fundamental para el establecimiento y la disponibilidad de recursos económicos para que la atención en salud sea otorgada bajo la premisa de universalidad, equidad y eficiencia, respecto a la prestación de los servicios de salud confluyen acciones de fomento en cuanto a la generación de recursos humanos, materiales, conocimiento, lineamientos, normas y políticas que permitan ofrecer una prestación de servicios adecuada y de calidad para la población, se ha observado que no se siguen lógicas institucionales desde un esquema homologado o coordinado, esto posiblemente derivado de la fractura del mismo sistema.<sup>5,6</sup>

En parte el análisis crítico se centra en la operatividad de los conceptos en la realidad social y médica ante las necesidades reales en salud. Resulta trascendente señalar que en la actualidad el sistema de salud mexicano se encuentra en la fase parcial de integración, situación a la que en esta fase de este ensayo describo en espera de su comprensión. Considerando que casi todos los países en vías de desarrollo se encuentran implementando procesos complejos para mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud. Los elementos centrales incluyen el asegurar la equidad, acceso, calidad y el derecho social a la protección de la salud, tomar en cuenta incluso desigualdades o vulnerabilidad.<sup>7</sup>

### **Unificación del sistema de salud mexicano**

La Reforma del Sistema de Salud Mexicano (Health System Reform in Mexico) publicada por The Lancet, 2006, ofrece un análisis de la reforma de salud y de su programa principal, el Seguro Popular de Salud diseñado e implementado en México durante el periodo 2000-2006,<sup>8,14</sup> este programa fue diseñado con la visión de impactar en la pobreza bajo los siguientes objetivos fundamentales; a) reducir la pobreza, b) generar igualdad de oportunidades para los grupos más pobres y vulnerables, c) apoyar el desarrollo de las capacidades de las personas en condición de pobreza y d) fortalecer el tejido social, fomentando la participación y el desarrollo comunitario.<sup>8</sup>

En el camino a la integración de los servicios de salud, es importante considerar la sectorización, la descentralización, la coordinación intersectorial de los

servicios, la participación comunitaria, así como la modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para cumplir su función rectora que le confirió la Ley General de Salud, así mismo, considerar las estrategias micro, tales como; el estudio y la racionalización del financiamiento de la salud, de la investigación en salud, de la formación de los recursos humanos en salud, de la información en salud y de los insumos para la salud, todo esto con la finalidad de lograr un sistema de salud conformado por un seguro universal en salud en México.<sup>9</sup> Aunque el programa de reforma en el sistema de salud de México cuenta con muchos componentes, la pieza central es un esquema de seguro, el seguro popular (SP) de salud que subsidia un sistema explícito de intervenciones de salud financiado con aportaciones del gobierno nacional y de los estados, así como de cada familia, incluso basada en evidencias donde el gobierno ofrece pagos en efectivo a las familias a cambio de que reúnan ciertos requisitos educativos, nutricionales y para cuidado de salud, aunque esto llevará tiempo para su evaluación, es decir, el completo efecto de las reformas en salud.<sup>10</sup>

La reforma en salud se desarrolla como una necesidad ante un sistema marcado por su incapacidad para ofrecer protección financiera en salud a más de la mitad de su población, con causa en las desigualdades sociales del desarrollo de México, uno de los mecanismos fue principalmente a raíz de una reforma estructural mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) con nuevas reglas de financiamiento y con la principal fuente de innovación como lo es el Seguro Popular dirigido para las familias excluidas de la seguridad social que pretende garantizar atención en salud con calidad.<sup>11,14</sup>

Entre los aspectos que motivaron la realización de una reforma en sistemas de salud se encuentran los siguientes; a) Un sistema de salud fragmentado, débil, desigual y marcado por la desigualdad social, con financiamiento basado en el bolsillo. b) la mitad de la población no contaba con servicios de salud, es decir, no tienen acceso a un seguro de atención médica financiado con recursos públicos. c) Incremento de la presión resultado de las transiciones demográfica y epidemiológica y de una mayor conciencia sobre el derecho a la protección social en salud de una sociedad más democrática, informada y demandante. d) Desequilibrios financieros con respecto al gasto total en salud, (5,6% del PIB en 2000); elevada

participación del gasto de bolsillo (52%); asignación desigual entre asegurados y no asegurados (2,3-1); asignación desigual *per cápita* entre estados (5-1 entre el más y el menos favorecido) y contribución estatal poco equitativa para financiar la atención médica (115-1) entre los estados con mayor y menor gasto estatal *per cápita*. Su objetivo como sistema de salud mexicano radica en promover el acceso universal a la protección social en salud en un periodo de 7 años, se sustenta en fortalecer la función de rectoría del sistema de salud y en mejorar la coordinación entre instituciones públicas, así mismo deposita el éxito en la integración del sistema de salud a partir de la implementación del seguro popular de salud impulsado para las personas más vulnerables.<sup>11,14</sup>

De manera concreta los aspectos clave de la reforma son:

- El programa piloto (SP).
- Arreglos financieros entre estados e intervenciones de salud pública a nivel comunidad.
- Intervenciones de salud pública, en comunidad, centradas en la población vulnerable, financiadas por fondo separado.
- La población objetivo es aquella que no tiene acceso a la seguridad social.
- El financiamiento del SP por el gobierno equivale a la obtenida por impuestos generales, adicionalmente contribuciones obligatorias federales y estatales por familia afiliada, las cuales se definen en función de la cuota social.
- En el marco del SP, son asignados a las secretarías de salud estatales en función de las familias voluntariamente cada año.
- Las familias contribuyen con un pago anual en función de su nivel de ingreso, la población de los dos deciles más bajos está exenta de pago, pero debe participar en actividades de promoción a la salud.
- La afiliación al SP, es un paquete de intervenciones esenciales de atención médica administradas a nivel estatal y para gastos catastróficos a nivel federal.<sup>11</sup>

Los elementos para la Integración Funcional de la Prestación de servicios son:

- A) Sistema Nacional de Expediente Clínico Electrónico
- B) Un Patrón Universal de Beneficiarios
- C) Medio de Identificación
- D) Guías de Práctica Clínica
- E) Sistema de Intercambio de Servicios
- F) Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud
- G) Política Nacional de Medicamentos
- H) Sistema Integral de Calidad en Salud<sup>5</sup>

### Discusión

Algo en lo que no se pensó en su momento es que existe un punto donde la participación de la comunidad por su salud es poco comprometida, aunque el gobierno tenga la disponibilidad de apoyar a la comunidad, esta no responde con su participación. Probablemente se deba en parte a que el gobierno asume su papel de protector o paternalista al dotar de un bien económico a cambio de su participación, pero además derivado de la planeación de talleres o cursos que se imparten en comunidad sin conocer el contexto social donde el programa o plan es aplicado.

La planeación llevada a cabo en el escritorio de una oficina sin haber recorrido el contexto o pensando en la generalidad contextual, que dentro de un estado presenta variaciones, e inclusive la implementación de los métodos pedagógicos que en ocasiones, no son los adecuados para despertar el desarrollo del pensamiento de las personas, representan elementos que pueden generar efectos negativos en las intervenciones en la comunidad. Por lo tanto la participación de la comunidad, en la preservación o el mejoramiento de su estado de salud implican corresponsabilidad, es decir, que tanto la comunidad como las autoridades deben asumir el compromiso de restablecer el bien común.

Se requiere que las autoridades y sociedad tengan compromiso mutuo por la salud, por lo que los programas deben ser congruentes para obtener resultados favorables. La corresponsabilidad en salud pública implica la participación tanto de las autoridades del sector salud federales, estatales y municipales, como de la sociedad en su conjunto, para permitir la

total eficacia y eficiencia de los programas o políticas en materia de salud, considerando una concordancia real con las necesidades concretas de la población, por tanto significa compromiso mutuo por la salud.<sup>12</sup> En el Estado de Jalisco hay un rezago en la reafiliación al seguro popular, 467, 000 pólizas se encuentran vencidas. Este rezago representa el principal obstáculo para alcanzar la cobertura universal, derivado de factores que atañen al seguro popular y los relacionados con la percepción del servicio por parte del usuario, el nivel de satisfacción del usuario, esto podría repercutir en la no reafiliación.<sup>13</sup>

En la actualidad la reforma e integración del sistema mexicano de salud ha provocado que independientemente del desabastecimiento en medicamentos, se incluya la falta de atención o incluso una muy mala calidad de la atención de los propios derechohabientes, ya que se emplean en parte sus recursos para atender a la población con seguro popular. La integración del sistema de salud mexicano provocará en su momento la cobertura nacional en servicios de salud, eso desde el discurso político, pero desde la parte operativa es cuestionable si tanto oportunidades, como el seguro popular propician cambios donde se genere la autogestión en salud comunitaria, ya que existen comunidades, principalmente en el Estado de Oaxaca, donde la dispersión de las comunidades y la inaccesibilidad a algunas de ellas propician que no lleguen los servicios de salud, a donde incluso para las mismas personas representa enorme dificultad acudir a alguna dependencia a recibir atención médica, además se hallan comunidades internadas en la Sierra a donde nunca llega un médico o una enfermera para prestar atención médica y por lo tanto estas personas desde su nacimiento están excluidas del sistema de salud, afectando su calidad de vida y condición de salud<sup>15</sup>.

En algunas comunidades las personas se tienen que trasladar caminando para dirigirse a la población más cercana en busca de ayuda médica, lo que evidencia debilidades en la integración del sistema de salud mexicano. Actualmente en Oaxaca existen comunidades carentes de servicios de salud y la calidad de los mismos se expresan en el discurso de los médicos, quienes refieren a otros servicios a las personas vulnerables procedentes de su comunidad «es que ahí les toca a ellos» en otras comunidades al

IMSS, la disputa entre instituciones de salud, refleja la no integración del sistema de salud, ya que ante alguna contingencia ambiental de riesgo o tipo epidémica, se demuestra la deficiente comunicación y débil capacidad para trabajar en equipo, diluyendo la eficiencia ante la acción epidemiológica de una u otra dependencia.

Resulta interesante explicar que las personas de una comunidad pueden proyectar factores de riesgo y acciones preventivas de significado importante en su vida cotidiana que se deben considerar y que la experiencia en el trabajo comunitario permite entender el contexto, las técnicas y los métodos apropiados para encausar el desarrollo o la mejoría de la calidad de vida, los determinantes de la salud y el estado de salud de cada comunidad.<sup>15</sup>

Lo anterior permite emitir juicio, sobre la importancia del contexto en la implementación de las estrategias para abordar la atención en las comunidades, es decir que el gobierno tiene que conocer el contexto social para el que se diseñen las estrategias que impacten en la salud pública, así el sistema de salud integrado reconociendo la cultura, el contexto social de los mexicanos, sus necesidades, sus enfermedades, cumpliría el deber de ofrecer la posibilidad de servicios de salud a cada una de las personas de las diversas comunidades para brindar la cobertura universal en salud.

La imperiosa necesidad de mejorar la integración del sistema mexicano de salud desde los niveles de consejo hasta las instituciones, requiere de una planificación que supere las debilidades del discurso paternalistas, con lineamientos del abordaje de la salud pública, que permitan el acceso de calidad a cada miembro de las comunidades de forma eficiente y con constante reevaluación a través de la investigación-salud que reformule dinámicamente el sistema de atención de acuerdo a los contextos que se presenten.

### **A modo de conclusión**

Resulta importante señalar que el sistema de salud mexicano se data de 1943 con la creación de la Secretaría de Salud, anteriormente conocido como Secretaría de Salubridad y Asistencia, que incluyó al servicio de salud para el sector público y privado, con un funcionamiento fragmentado que ha permanecido en el tiempo.

Hasta el año 2003 más de la mitad de la población mexicana era atendida por la Secretaría de Salud, hoy en día se orienta a promover el acceso universal a la protección social en salud, a fortalecer la función de rectoría del sistema de salud y a mejorar la coordinación entre las instituciones públicas, así mismo fomenta la integración del sistema de salud a partir de la implementación del seguro popular destinado a grupos vulnerables.

La reforma del Sistema de Salud Mexicano pretende disminuir la pobreza, la inequidad, la inaccesibilidad y las desigualdades en la atención de la salud mediante el Seguro Popular (SP), aunque se denote una serie de inconsistencias en la calidad de la atención en la actualidad, este proyecto de reforma al Sistema de Salud Mexicano apunta a obtener resultados a futuro, por lo que es necesario la estructuración de mecanismos de evaluación.

No obstante la ejecución de programas congruentes donde participen activamente la sociedad ciudadano-gobierno por su salud, son indispensables para el desarrollo de la corresponsabilidad a nivel comunitario, lo que indudablemente mejorara el impacto de los mismos y favorecerá la integración de un sistema de salud. Así mismo es importante considerar los factores que atañen al seguro popular y los relacionados con la percepción del servicio por parte del usuario, ya que la satisfacción del usuario puede constituir un elemento importante para alcanzar la cobertura universal que podría repercutir en la no reafiliación.

### **Referencias**

1. Frenk J, Sepulveda J, Gómez O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in México. *Lancet*, 2003;362:1667-71
2. Frenk J. La salud de la población, hacia una nueva salud pública. Edit. La ciencia para todos, 3era ed. México: 2003; 25-33
3. Castillo MG, Hernández V, Robles T. Introducción a la Salud Pública, Instituto Politécnico Nacional. Ed IPN. México; 1998: 9-10.
4. Frenk, J, Gómez O. Breve historia del sistema de salud. Para entender el sistema de salud, Ed Nostra. 2008;19-30

5. Ortiz Domínguez ME et al. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud Pública, Instituto Politécnico Nacional, Ed. IPN. México. 2010; 9-10
6. Organization for economic cooperation and development OECD reviews of health systems, México. Paris;2005.
7. Langer A y Catino J. Un análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano. Salud Pública Mex. 2007;49:s8-s9
8. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, DF: Secretaría de salud; 2001.
9. Soberón Acevedo G y Valdés Olmedo C. Evidencias y salud: ¿Hacia dónde va el sistema de salud en México? Salud Pública de Mex. 2007;49 (1):s5-s7
10. Fineberg HV. Reforma de salud en México: un trabajo que avanza. Salud Pública de Mex. 2007;49(1):s10-s11
11. Frenk J, Gonzalez E, Gómez O, Lezana NA, Knaul F. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Pública de México. 2007; 49 (1):S23-36
12. Cortés Ascencio SY y Ruvalcaba Ledezma JC. La corresponsabilidad en salud pública. Viva Salud-INSP. 2011;1:40-44
13. Rello, M. 467 mil pólizas del Seguro popular en Jalisco vencidas. Periodico Nacional Milenio. (2011 abril 18; CD y Región) [consultado: 2011 mayo 20] Disponible en: <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/434f5cc48739-b1e6f2b64e6cf29225e9>
14. Merie F. Frenk J. y Horton R. La reforma del sistema de salud mexicano, Salud Pública de México.2007; 49 (1):1-4
15. Cortés Ascencio SY y Ruvalcaba Ledezma JC. Estrategias de educación para la salud pública. Viva Salud-INSP. 2011;4:34-37.

