



Población y Salud en Mesoamérica

E-ISSN: 1659-0201

revista@ccp.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Vera-López, Juana Isabel
Estudio sobre jerarquías y redes en la política de salud del adulto mayor en México
Población y Salud en Mesoamérica, vol. 14, núm. 2, enero-junio, 2017, pp. 1-15
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44649702007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Población y Salud en Mesoamérica



PSM

Estudio sobre jerarquías y redes en la política de salud del
adulto mayor en México

Juana Isabel Vera-López



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](http://ccp.ucr.ac.cr/revista/) el sitio web de la revista
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica





Estudio sobre jerarquías y redes en la política de salud del adulto mayor en México

Study on hierarchies and networks in health policy for elderly people in Mexico

Juana Isabel Vera-López¹

- RESUMEN: Se analiza la situación actual del sistema de salud en México, en general, así como de manera específica, en relación al grupo poblacional de adultos mayores (AM) mediante los modelos de organización, de jerarquías y redes. Para ello, se utiliza la teoría neoinstitucional basada en un enfoque político; por medio de esta se establecen los actores que configuran los niveles de jerarquía y los que conforman redes horizontales de comunicación. En el análisis se revisa información proveniente de instituciones gubernamentales y de salud, como son el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), entre otras. Este análisis proporciona una visión prospectiva de la política de salud para los AM en donde la tendencia es hacia homologación de las legislaciones de salud en América Latina, un aumento de la participación del Estado para financiar programas de salud y la promoción de políticas de prevención de riesgos en la salud.
- Palabras Clave: Envejecimiento; política de salud; estructura social; ciencia política; teoría neoinstitucional; México.
- ABSTRACT: It is analyzed the current situation of the health system in Mexico, in general, and specifically, in relation to the elderly population (AM, for its acronym in Spanish) by means of the organizational models, hierarchies and networks. For this, we use the neo-institutional theory based on a political approach; through this one we established the actors that make up the hierarchy levels and those that make horizontal communication networks. In the analysis we review information from governmental and health institutions, such as the National Institute of Statistics and Geography (INEGI, for its acronym in Spanish), the World Health Organization (OMS, for its acronym in Spanish), the Pan American Health Organization (OPS, for its acronym in Spanish), the National Institute of Public Health (INSP, for its acronym in Spanish), among others. This analysis provides a prospective view of health policy for AM where the trend is toward homogenization of health legislation in Latin America, increase of state participation to finance health programs, and promotion of policies to prevent health risks.
- Keywords: Ageing; health policy; social structure; political science; neoinstitutional theory; Mexico.

Recibido: 30 abril, 2016 | Corregido: 18 oct, 2016 | Aprobado: 29 nov, 2016

¹ El Colegio de la Frontera Norte. Departamento de Estudios de Administración Pública. Tijuana, Baja California, MÉXICO. jvera@colef.mx



1. Introducción

En México, a partir de 1983, se reforma el párrafo tercero del artículo 4° de la Carta Magna (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 1917), el cual eleva a rango constitucional el derecho a la salud. De esta manera, queda fundamentado que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En relación con este derecho a la salud, la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*² establece que el adulto mayor tiene derecho:

a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.

b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a la sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores. (2002, p. 4)

En la política de salud existe una escasa inclusión de programas dirigidos hacia la atención integral de la salud del adulto mayor, es por ello que mediante el análisis del Sistema Nacional de Salud (SNS), con base en la teoría neoinstitucional y los modelos de organización de jerarquías y redes, en este documento se establece cómo se encuentra estructurada la política gubernamental en salud, así como cuál será su visión a futuro para establecer un sistema universal de salud que considere entre sus programas al adulto mayor.

Es importante destacar este grupo, debido a que México se encuentra frente a una transición demográfica con un claro envejecimiento poblacional. En 2010, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010), se registró un total de 10,055,379 de adultos mayores³, es decir, el 9.06% de la población total. Se estima que para el 2029 se duplicará el número de adultos mayores en México (Cárdenas Varela, González González y Lara Dávila, 2012).

² La última reforma realizada fue del 17 de diciembre de 2015. Artículo 5°, f. III. De la salud, la alimentación y la familia.

³ De acuerdo con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, las personas adultas mayores son aquellas que tienen 60 años y más.

En relación con la derechohabencia percibida por los adultos mayores, se tiene que el 38.8% recibe servicios de salud por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 9.3%, por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 20.4%, por el Seguro Popular; 4.1%, a través de otra institución y el resto no cuenta con el servicio (Cárdenas *et al.*, 2012).

Este artículo se estructura en tres apartados: en el primero, se realiza un análisis de los sistemas de salud mediante la teoría neoinstitucional basada en un enfoque político; en el segundo, se analiza la evolución de la política de salud en México a partir de la década de los cuarenta y su situación actual; en el tercero, se revisa la propuesta regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de un modelo universal de salud y este es analizado con base en el modelo de organización de jerarquías y redes en el SNS en México. Posteriormente, se presentan las conclusiones, las cuales señalan las bases para un sistema de salud universal que cuente con tres planes integrales (universal/complementario/voluntario) para proveer a la población en general y, en el caso específico, a los adultos mayores. Se mencionará qué es pertinente incorporar en los programas de salud. La base para promover estos arreglos institucionales será el Acuerdo Nacional para la Universalización de los Servicios de Salud (Secretaría de Salud, 2016).



2. Teoría institucional

La metodología utilizada es la teoría insitucional, con base en los modelos de organización: las jerarquías y las redes. La *teoría neoinstitucional* analiza el papel que desempeñan las instituciones, sus pautas comportamentales, reglas, estructuras y procedimientos. Dentro del proceso de implementación de las políticas públicas de salud, se establecen acuerdos entre los actores participantes de acuerdo a su nivel en la estructura, estableciéndose una jerarquía top-down, porque las decisiones, el marco normativo, y las negociaciones son definidos desde la cúpula gubernamental hacia la población beneficiaria de los servicios de salud.

De acuerdo a la vertiente del *neoinstitucionalismo político*, la institución establece el proceso a seguir para la toma de decisiones. En este modelo los actores tienen intereses particulares que se encuentran delimitados por la normativa de salud; en este caso, esta normativa define su participación e injerencia tanto en el plano nacional como internacional, pudiendo existir un cambio institucional promovido a través de su evolución en el tiempo (véase Arias de la Mora, 2011).

Al analizar las políticas públicas, se requiere de un marco que encuadre los conceptos e ideas que competen a una organización específica. Este marco puede tener diversos fines: ser explicativos, ideales o normativos. Al tratarse de la política de salud, el marco es de *tipo normativo*, porque se fundamenta en la ley conforme a un arreglo institucional.

De acuerdo con los *modelos de organización* (Parsons, 2007), se tomaron en cuenta dos elementos que son: las jerarquías y las redes. Las jerarquías son entendidas como el aparato burocrático de las instituciones, bajo una consideración vertical que conlleva reglas y autoridad para desempeñar sus funciones. Por su parte, las redes son analizadas en términos de igualdad en un sentido horizontal, denotando un conjunto de normas, valores significativos y afiliaciones al momento de regular sus procesos. Se trata de un reacomodo al realizar arreglos institucionales dentro del gobierno, el gobierno y la sociedad, así como en la interconexión entre las organizaciones y los ciudadanos, quienes promueven el diseño e implementación de la política pública.

El *derecho a la salud* está fundamentado en el artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), en donde los Estados reconocen a toda persona el derecho al más alto nivel posible de salud (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1976; Chiarotti Boero, 2004). Asimismo, está basado en el artículo 4 *Constitucional* y la *Ley General de Salud* (1984), que establecen el derecho a la salud como disponible, accesible, aceptable y de calidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), un *sistema de salud se define como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”* (párr. 1). Bajo este esquema, se requiere contar con recursos humanos, recursos financieros, sistemas de información, suministros, equipo, entre otros. Todo ello debe girar en torno a que los servicios provistos a la población sean los necesarios y se puedan otorgar bajo una contraprestación financieramente justa para quienes los detentan.

La OMS señala que

los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: i) mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y iii) garantizar la seguridad financiera en materia de salud. (Secretaría de Salud, 2003, p. 146)

Dentro de este marco conceptual, se establece la existencia de tres modelos de sistemas de salud, los cuales son presentados Soto Estrada, Lutzow Steiner y González Guzmán en su documento *Rasgos generales del sistema de salud en México* (2010). México cuenta con un sistema de salud mixto, porque el sistema de salud combina en distinta proporción, cada una de las características de estos tres modelos.

El sistema de salud forma parte de un *derecho social* de los mexicanos, proporcionado por el Estado de Bienestar: como resultado de las diversas reformas sociales, se ha abierto el sistema de salud hacia una mayor participación del sector privado.

Dentro de este proceso, la OMS registra una evolución de los sistemas de salud. De acuerdo a Soto Estrada, Lutzow Steiner y González Guzmán (2010), definen las tres generaciones existentes, que van desde una incipiente creación del sistema de salud nacional, con énfasis en proporcionar sus servicios a los trabajadores formales; posteriormente, una segunda generación, que amplía la cobertura como medida de

generar mayor salud pública en la población; para luego consolidarse una tercera generación con conciencia social en donde se proveen servicios de salud a quienes han sido excluidos (población pobre, indígena, tercera edad, entre otros grupos sociales vulnerables), con una mayor capacidad de financiamiento provista por parte del sector privado, lo cual brinda una mejora en la calidad de los servicios de salud. En la actualidad, la tendencia es hacia esta tercera generación, la cual debe universalizar el acceso a los sistemas de salud.

Esta universalización de los servicios de salud surge como respuesta ante la crítica situación económica que atraviesan los países; por tanto, se está retornando hacia el paradigma solidario del Estado de Bienestar, que otorga beneficios sociales de salud a la población de menores ingresos. Los países que se encuentran transitando dentro de este proceso de universalización de los servicios de salud son Colombia, Chile, España, Perú y México.

En el caso de México, la población⁴ atendida por la Secretaría de Salud (SSA) durante el periodo 2000–2010, pasa de un 23.2% a un 34.2%. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (siglas: ENESS) para 2009, la SSA registraba una derechohabencia total de 18,789,989 personas y en 2013 fueron 25,894,038 (INEGI, 2010). Este aumento del número de afiliados, significó una variación porcentual de 2009 a 2013 del 37.80% (INEGI, 2010).



3. Antecedentes y situación actual

En 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (que actualmente se conoce como Secretaría de Salud), así como el IMSS. La política de salud aplicada en esa época dividió a la población mexicana en población abierta (atendida por la SSA) y población derechohabiente (quien recibía servicios de salud por parte del IMSS). Es en 1959 que nace el ISSSTE, que brinda cobertura a los trabajadores de la administración pública federal.

Durante el periodo de 1940 a 1970 se promulgan las leyes de las instituciones de seguridad social. Esta es la etapa de creación de las bases normativas, así como de erogación de importantes sumas de dinero para dotarlas de infraestructura.

En sus inicios, el paradigma del sistema de salud se orientaba hacia un Estado de Bienestar que proveía al ciudadano de los servicios públicos necesarios; con el paso del tiempo y las crisis económicas recurrentes, en la década de los ochenta cambia la orientación del modelo hacia una vertiente neoliberal liderada por un interés individual sobre el social. Organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) destacaron por su participación en las políticas nacionales de salud de los países con quienes suscribían créditos, porque al aceptar

⁴ Población abierta que no cuenta con seguridad social.

ellos el compromiso financiero iniciaba la apertura nacional hacia la inversión extranjera y la disminución de la participación del Estado en la economía.

Es en 1982, que en México se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual se **orientó bajo el auspicio del BM siguiendo los “objetivos del FMI para México”** (The World Bank, 1998, p. 26). Cabe mencionar que anteriormente, la política nacional en salud tomaba en consideración los objetivos propuestos por la OMS y la OPS. Este cambio propició la privatización del sector salud. Es a partir de la década de los ochenta que la reforma sanitaria se llevó a cabo gradualmente.

A raíz de la crisis de los ochenta, hubo recortes en el presupuesto de las principales instituciones de seguridad social: IMSS e ISSSTE (que son las que agrupan a un mayor porcentaje de trabajadores). Fue así que en aras de mejorar la calidad de los servicios de salud y aumentar la competencia, se aumentó la participación del sector privado en los servicios de salud. Para ello, entre las acciones realizadas se tiene que en 1996 se realizó una descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, asignándoles la responsabilidad a los estados, mediante el *Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud*. En 2003, se creó el Sistema de Protección Social en Salud para brindar cobertura universal y proteger a la población sin derechohabencia. Finalmente, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se señaló la creación de un Sistema Nacional de Salud Universal.

El 7 de abril de 2016, se realizó la firma del *Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud*. Dicho Acuerdo tiene como bases las reformas previas realizadas a la normatividad del IMSS, ISSSTE, la Ley General del Seguro Social, entre otras. Para poder construir esta universalización de los servicios de salud, el SNS tuvo que modificar su estructura debido a reformas en su marco normativo como fueron la creación de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (1992), que dieron paso a las Afores. Posteriormente, en 1995 se reformó la Ley del IMSS, entrando en vigor el 1 de enero de 1997. Laurell (1998) destaca cómo a partir de la firma del préstamo del BM al IMSS por 700 mdd⁵, la política de salud de esta institución pasó por una reorganización corporativa que elimina los principios públicos, solidarios y redistributivos hacia sus derechohabientes.

No obstante, a pesar de las reformas instrumentadas, debido a la resistencia de los trabajadores del IMSS al modelo mercantilizador de la política de salud, no tuvo éxito en su instrumentación. Posteriormente, se produjo un cambio en la política de salud al implementarse el Programa Nacional de Salud 2001-2006, cuyas metas fueron:

⁵ La abreviatura mdd significa millones de dólares. En la base de datos del Banco Mundial *Health System Reform Sector Adjustment Loan, Projects & Operation*, se puede consultar acerca de este préstamo. Para complementar la consulta, revisar el documento de The World Bank (1998) en el enlace: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/695431468056441169/pdf/multi0page.pdf>



a) establecer el seguro nacional de salud (actualmente Seguro Popular de Salud-SPS); b) separar el financiamiento de la prestación de servicios; c) incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud y d) crear un fondo nacional de salud pública. (Tamez González y Eibenschutz, 2008, “El nuevo siglo”, párr. 3)

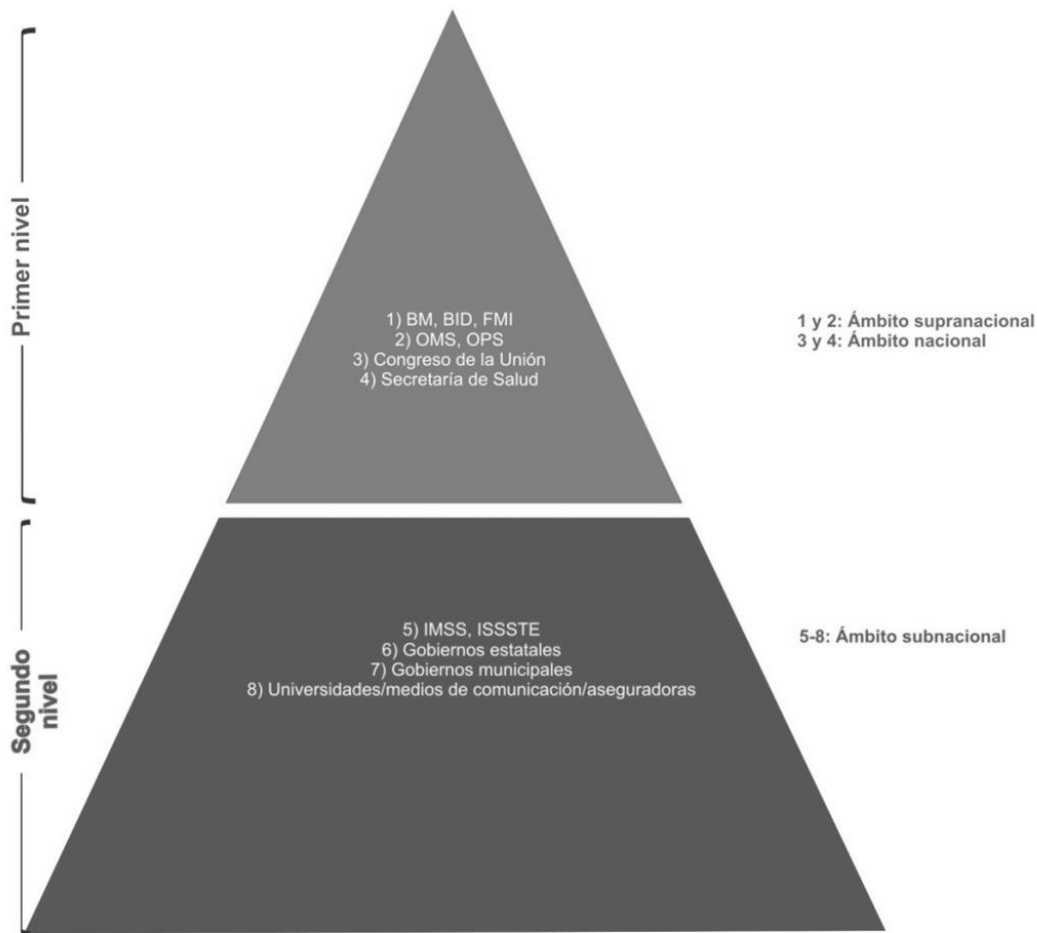
En 2007 se reformó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo cual propició un puente para la transferencia de derechos entre trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e ISSSTE. Esta portabilidad en el sistema de salud nacional pronto se aplicará también en los sistemas de salud estatales y locales.

El SNS mexicano está transitando hacia la cobertura universal (OPS, 2013), es decir, hacia una reforma de tercera generación. Tan solo en 2013 se encontraban sin acceso a los servicios de salud 26,960,893 personas (INEGI, 2014), las cuales se espera pronto sean incorporadas al Seguro Popular.

A continuación (Figura 1) se presenta el modelo de jerarquías del SNS para comprender cómo se implementa esta política en México. Este modelo organizacional de jerarquía se integra por organismos financieros multinacionales (el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional) y organizaciones multinacionales de salud (OMS y OPS), en donde ambos conforman el ámbito supranacional que interviene en la política de salud en México. En esta jerarquía, se registra el Congreso de la Unión y la Secretaría de Salud, en el ámbito nacional.

Dentro de un primer nivel de cabildeo y negociación de las políticas públicas en salud se encuentran tanto el ámbito supranacional como el nacional. En un segundo nivel se encuentra el ámbito subnacional, en el cual participan las instituciones de salud que proveen servicios públicos como son el IMSS, ISSSTE y otras; los gobiernos estatales, que en el marco del sistema de planeación nacional proveen de servicios de salud estatales; así como también, en el nivel local, se tienen a los gobiernos municipales que proporcionan servicios públicos de salud. Adicionalmente se cuenta con la participación de universidades, medios de comunicación y empresas aseguradoras.

Figura 1
 Jerarquía del Sistema Nacional de Salud en México.



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a Soto Estrada, Lutzow Steiner y González Guzmán (2010), en su documento *Rasgos generales del sistema de salud en México*, se observa que en el SNS los servicios de salud públicos son los que tienen la mayor cobertura de la población (90%), mientras que los servicios privados (10%) sólo brindan servicio a quienes tienen los recursos económicos para contratarlos. Los servicios de salud públicos presentan una cobertura del 40% dirigido a la población abierta y 50% para los trabajadores afiliados a la seguridad social.

Las fuentes de financiamiento son diversas, siendo la principal los recursos públicos. La rectoría del sistema, siendo gubernamental, es ejercida por la Secretaría de Salud, la cual define las políticas públicas de salud en México. Esta política en salud debe considerar los dictados de las instituciones del ámbito supranacional.

La generación de recursos son de cuatro tipos: *profesionales de la salud*, quienes brindan sus servicios a la población beneficiada; *recursos materiales*, para cubrir las

necesidades de la población; *conocimiento*, que es para generar investigación y desarrollo; *información*, para conocer el estado actual del sistema de salud nacional. El SNS se conforma por tres niveles de atención:

- Primer nivel: red de unidades médicas con atención de tipo ambulatorio.
- Segundo nivel: red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas de salud que demandan que los pacientes sean internados o enviados a urgencias. Estas unidades se dividen a su vez en cuatro especialidades de medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia.
- Tercer nivel: se conforma por una red de hospitales de alta especialidad, hay subespecialidades y equipos de apoyo que no se encuentran en el segundo nivel.

En el documento de Juan (2014), se concretan las redes para el modelo de política de salud, el cual muestra la comunidad de instituciones de salud afiliadas en un sentido horizontal de acuerdo a sus normas, creencias, valores comunes y relaciones. De acuerdo a sus funciones, la rectoría nacional la instituye la Secretaría de Salud y, a su vez, es detentada por los Servicios Estatales de Salud (SESA), en el ámbito subnacional. Cada institución cuenta con su propio financiamiento y prestaciones.

Una vez analizados los conceptos anteriores, se procederá a explicar la formulación de la política de salud y el ejercicio gubernamental. De esta manera, será posible inferir el panorama y retos que enfrentará esta universalización del SNS.



4. Política de salud: jerarquías y redes

En el modelo de organización del SNS, de acuerdo a la política de salud, se observa una jerarquización que establece un esquema vertical dentro del cual se brinda atención a la población con y sin derechohabiencia, participando los sectores público y privado. En tanto que las redes tienen que ver con la implementación de la política pública, dentro de la cual las instituciones de salud tienen funciones de prestación, articulación, financiamiento y rectoría del SNS; dichas instituciones también generan interconexiones entre ellas, e incluso, entre ellas y los ciudadanos.

El sistema universal y su aplicación hacia los adultos mayores, promueve una política de salud que tiene por objetivo crear un SNS de tercera generación que se fortalezca con la pensión universal y el seguro del desempleo, de esta manera será solidario, universal y público. En el Programa Sectorial de Salud 2013–2018, en su Estrategia 1.7, referente a la promoción del envejecimiento activo⁶, saludable, con dignidad y la mejora

⁶ De acuerdo con González y Ham-Chande (2007), al analizar la encuesta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM), en una tipología del envejecimiento en México, que considera al envejecimiento ideal, activo, habitual y patológico, el envejecimiento activo es el que mayor parte de la población albergó con un 67.3%.

en la calidad de vida de las personas adultas mayores, se percibe incipiente la implementación de programas senior, lo cual sucede también en otros países latinoamericanos (The World Bank, 2011).

Para alcanzar una cobertura universal que abarque a los adultos mayores es recomendable la existencia de tres tipos de planes: un plan universal con financiamiento vía impuestos; un plan complementario financiado por trabajadores y empresas; y, finalmente, un plan voluntario, provisto por empresas aseguradoras privadas, en donde los hogares cubran su financiamiento (véase González Block y Alarcón, 2013).

Los adultos mayores presentan diversos procesos patológicos que van desde las comorbilidades, dependencia y fragilidad; por tanto, deben ser provistos por servicios de salud que inicien con una exhaustiva evaluación del individuo, provista por un equipo médico interdisciplinario que considere los servicios de salud gerontológicos necesarios.

Se debe dar seguimiento a la salud del adulto mayor, concientizándolo acerca de la importancia del autocuidado de la salud, de manera que paulatinamente se transite de esquemas de salud de rehabilitación hacia esquemas preventivos. Esto disminuirá el gasto social en salud.

Para controlar las enfermedades crónico-degenerativas, que son las más recurrentes en los adultos mayores, es necesario que se cuente con cuadros de atención que les provean de acceso a los medicamentos requeridos. De esta manera, la atención será integral y se generará una mejora en la calidad de vida de los adultos mayores.

Mediante este nuevo esquema de salud integral, se podrá transitar hacia el cumplimiento del objetivo 3, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f.): garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Una consideración importante, relacionada con el acceso a los medicamentos requeridos por la población, es su precio. Debido a lo anterior, para buscar mitigar el impacto económico del precio en los SNS y en el gasto de bolsillo de la población, de acuerdo a la Declaración de Doha, de los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual sobre el Comercio (ADPIC), se está priorizando la salud pública para así garantizar un esquema de salud universal. Derivado de ello, se tiene el *Reporte del Panel de Alto Nivel del Secretario de Naciones Unidas acerca del acceso a medicamentos para promover la innovación y acceso a tecnologías de la salud* (High-Level Panel on Access to Health Technologies, 2016).

De acuerdo a este reporte, se tiene que alcanzar una justa apreciación entre el derecho a la salud y los intereses económicos –entre ellos la propiedad intelectual y el comercio– mediante el establecimiento de protocolos que desarticulen los costos de investigación y desarrollo, del precio de los medicamentos. De esta manera, la población podrá contar con acceso a los medicamentos a un menor precio, que puedan ser provistos por los sistemas nacionales de salud.

Estas iniciativas para la universalización de los sistemas de salud están siendo consideradas por las instituciones de salud de los países latinoamericanos. Por ello, se prevé que en el corto plazo se transite hacia una homologación en sus legislaciones de salud.



5. Conclusiones

En sus orígenes, la política de salud tuvo una visión comprometida con la sociedad, brindando cobertura tanto a quienes tenían la derechohabencia como a la población abierta. En 1982, se estableció el SNS en México, que pasó de una gestoría por parte de la OMS y OPS a ser regido por lineamientos definidos por el BM, lo cual modificó el paradigma de atención de la salud convirtiéndola en un servicio mercantilizado.

El IMSS, la principal institución de salud, modificó sus principios de universalidad, solidaridad y apoyo hacia un esquema privatizador con un nivel de atención precario. En esta última década, instituciones internacionales de salud como la OPS, están considerando un cambio de paradigma hacia la cobertura universal.

En México, mediante el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud la cobertura provista por la Secretaría de Salud aumentó. En sus compromisos, se mencionan:

1. [Hacer más eficiente la atención mediante] la corresponsabilidad de la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los **prestadores de servicios de salud de las entidades federativas...**

2. Fortalecer la coordinación de acciones entre el Programa IMSS-**Prospera y el Sistema de Protección Social en Salud ...**

3. Alentar la construcción de un modelo de atención homogéneo, con una operación integrada y coordinada entre la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de las entidades federativas.

4. Avanzar en la construcción de una cultura de respeto a los derechos que tienen los usuarios de los servicios de salud, a fin de garantizar el acceso, calidad y oportunidad de la atención médica, así como la protección financiera de los usuarios.

5. Impulsar la operación, uso y actualización continua del Padrón **General de Salud... para permitirles acceder a los servicios de salud a** los que tienen derecho en cualquier institución de salud.

6. **Propugnar por el diseño y aplicación homogeneizados...** a lograr en el mediano plazo, la universalización de los servicios de salud.

7. **Impulsar un sistema de salud eficiente... con... esquemas de** planeación, evaluación del desempeño y rendición de cuentas a la población.

8. Redefinir las directrices de coordinación del sistema de salud, para garantizar el uso ordenado de sus recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria y el óptimo desempeño de **los recursos humanos...**

9. Fomentar la formación y capacitación de especialistas **médicos que satisfagan los requerimientos de salud de la población...**

10. Propiciar la corresponsabilidad de los derechohabientes y **beneficiarios en el cuidado de su salud...** (Secretaría de Salud, 2016, p. 5-7)

Esta universalización de los servicios de salud está dando paso a la conformación de un esquema integral de protección integrado por planes universales, planes complementarios y planes voluntarios de salud.

El SNS eficientaría sus funciones si se consideran cuestiones como:

- Aprovechar la homologación en la operación entre instituciones, de esta manera se podría compartir infraestructura y personal médico, lo cual garantizaría una mejor atención a los pacientes.
- Establecer mecanismos para aumentar la captación de afiliados al sistema, que contribuyan con sus aportaciones, las cuales se reinvertirían y así aumentaría el gasto público en salud.
- Incorporar dentro del cuadro de atención de enfermedades, aquellas que presentan prevalencia en la población y su tratamiento es costoso, por ejemplo algunos tipos de cánceres, insuficiencia renal, pérdida de la vista, entre otras.
- Incrementar el gasto en I&D (investigación y desarrollo).
- Promover el autocuidado y la prevención de enfermedades. Así **progresivamente se alcanzará “el equilibrio correcto entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y los servicios curativos, por el otro”** (Gómez Dantés, Becerril y Frenk, 2011, p. 231).
- Brindar acceso a los servicios de salud a toda la población, de todas las edades, considerando cuáles serán sus requerimientos específicos. Se debe considerar como prioridad los grupos poblacionales vulnerables como son los niños, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores.

Es importante señalar que ante el aumento poblacional de los adultos mayores, que pasará de un 9% de la población total mexicana en 2010 a un 18% en 2030, se requerirá implementar programas senior porque son un grupo vulnerable, que carece de seguridad social: sólo un 30% cuenta con una pensión. Los principales requerimientos del adulto mayor son los servicios de salud gerontológicos, medicamentos, medicina preventiva y de rehabilitación, entre otros. Por tanto, se deben diseñar esquemas de atención que consideren su auscultación, diagnóstico, seguimiento y atención integral, de manera que ello se refleje en una mejora de la calidad de vida del adulto mayor.



6. Referencias

- Arias de la Mora, R. (2011). Una lectura crítica sobre el pensamiento neoinstitucionalista. *TEACS*, 3(6), 25-40.
- Cárdenas Varela, C. L., González González C. A., y Lara Dávila, H. E. (2012). *Numeralia de los adultos mayores en México*. Recuperado de http://bvs.insp.mx/articulos/8/numeralia_envejecimiento_2012.pdf
- Chiarotti Boero, S. (2004). *El derecho humano a la salud*. Recuperado de <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/hoy/index.php?id=163&canal=Articulos&ghoy=0001>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (5 de febrero de 1917). *Diario oficial*. Recuperado de <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos#10539>
- Programa sectorial de salud 2013-2018. (12 de diciembre de 2013). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- Gómez Dantés, S., Becerril, K., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), S220-S232. Recuperado de [http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/17Mexico\(1\).pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/17Mexico(1).pdf)
- González, C. A., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 448-458.
- González Block, M. A., y Alarcón, J. (2013). *Retos del sistema de salud mexicano y opciones de reforma*. Recuperado de <http://www.pwc.com/mx/es/industrias/archivo/2013-08-retos-sistema-opciones.pdf>
- High-Level Panel on Access to Health Technologies. (2016). *Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines*. Recuperado de <https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/57d9c6ebf5e231b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013*. Aguascalientes, México: Autor. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/modulos/eness/2013/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Aguascalientes, México: Autor. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009*. Aguascalientes, México: Autor. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/modulos/eness/2009/default.html>
- Juan, M. (2014). *Sistema Nacional de Salud Universal: Experiencia en México*. Trabajo presentado en la Conferencia Internacional "Hacia la cobertura universal en salud", Lima, Perú. Recuperado de <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Sistema-Nacional-de-Salud-Universal-experiencia-en-Mexico.pdf>
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. (25 de junio de 2002). México: Cámara de Diputados del H. Congreso de La Unión. Recuperado de http://www.ucol.mx/content/cms/13/file/federal/LEY_DE_LOS_DERECHOS_DE_PERSONAS_ADULTAS.pdf
- Ley General de Salud*. (7 de febrero de 1984). México: Cámara de Diputados del H. Congreso de La Unión. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_281116.pdf
- Laurell, A. C. (1998). El Banco Mundial en la reforma de los servicios médicos del IMSS. *Salud Problema. Nueva Época*, 3(4), 57-62.
- Organización de las Naciones Unidas. (1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Cobertura universal en salud. Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. D.F., México: Autor.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas. Una Introducción a la Teoría y la Práctica del Análisis de Políticas Públicas*. México, D.F.: FLACSO.
- Secretaría de Salud. (2016). *Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/77385/ACUERDO_NACIONAL_FIRMADO_7_ABRIL_2016.pdf
- Secretaría de Salud. (2003). *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas*. D.F., México: Autor.
- Secretaría de Salud. (2001). I. En dónde estamos. La salud y los servicios de salud en México. En Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001–2006* (pp. 23–70). D.F., México: Autor.
- Soto Estrada, G., Lutzow Steiner, M. A., y González Guzmán, R. (2010). Rasgos generales del sistema de salud en México. En R. González Guzmán, L. Moreno Altamirano y J. M. Castro Albarrán (eds.), *La salud pública y el trabajo en comunidad*, (pp. 119–136). D.F., México: Mc Graw-Hill.
- Tamez González, S., y Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 133–145.
- The World Bank. (2011). *Population aging. Is Latin America ready?* Washington, Estados Unidos: Autor.
- The World Bank. (1998). *Report and recommendation of the president of the International Bank for Reconstruction and Development to the executive directors on a proposed health system reform-IMSS adjustment loan in an amount of US\$700 million to Banco Nacional de Obras y Servicios, S.N.C. with the guarantee of the United Mexican States*. Washington, Estados Unidos: Autor. Recuperado de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/695431468056441169/pdf/multi0page.pdf>