



Sistema de salud
Transición epidemiológica
Sistema de salud
Transición epidemiológica
Sistema de salud
Transición epidemiológica



DESVENTAJAS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO: ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS.

DISADVANTAGES OF THE MEXICAN HEALTH SYSTEM: ELEMENTS FOR ANALYSIS.

¹ Ilse Haide Ortega-Ibarra.

² Edú Ortega-Ibarra.

³ Andrea Hernández-Jiménez.

UNIVERSITA CIENCIA

Revista electrónica de investigación de la universidad de Xalapa. AÑO 9, NÚMERO 26. SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2020. ISSN 2007-

¹ Licenciada en Nutrición. Maestra en Salud Pública. Profesor Investigador T.C. (Perfil Deseable) Coordinadora de Proyectos en Salud Pública con énfasis en Análisis Espacial. Integrante P. LGAC “Determinantes Sociales de la Salud”. ihoi@bizendaa.unistmo.edu.mx

² Coordinador del Centro de Investigación en Nutrición y Alimentación. Director de Pregrado (Nutrición). Prof. Investigador T.C. (Perfil Deseable). Especialidad y cDr. en Educación. Mtro. en Seguridad Alimentaria y Nutricional. Diplomado en Modelo de Gestión de Proyectos Sociales. Nutriólogo. Integrante P. LGAC “Determinantes Sociales de la Salud”. Autor correspondiente, eo@bizendaa.unistmo.edu.mx (autor correspondiente)

³ Licenciada en Nutrición y Asistente de Investigación en el Centro de Investigación en Nutrición y Alimentación de la Universidad del Istmo. andeahache02j@gmail.com





SUMARIO: 1. Introducción. 2. Contexto demográfico. 3. Condiciones de salud. 4. Estructura y cobertura. 5. Fuentes de financiamiento. 6. Modelos de atención. 7. Conclusiones 8. Bibliografía

RESUMEN

A lo largo de los años han ocurrido transformaciones significativas en los procesos de salud y enfermedad de la población, este hecho trae consigo la necesidad de brindar atención médica oportuna y eficaz para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sin embargo, en nuestro país existen decadencias en torno a la correcta implementación de los servicios de salud principalmente la de carácter público. Si bien existen programas de seguro médico que tienen como finalidad salvaguardar la salud de la población, surgen algunos inconvenientes debido a que se tornan limitadas las prestaciones médicas a falta de personal médico, material y equipo e infraestructura, además de que las políticas de atención resultan un tanto desagradables ya que no se implementa adecuadamente una logística dentro de las unidades de salud (clínicas y hospitales) dando como resultado disgustos y desconfianza por parte de la población, de tal manera que es de suma importancia redefinir la estructuraciones de los servicios de salud en nuestro país a fin de brindar atención de primera calidad.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud, transición epidemiológica, modelos de atención a la salud.

ABSTRACT

Over the years significant transformations have occurred in the health and disease processes of the population, this fact brings with it the need to provide timely and effective medical care for the diagnosis and treatment of diseases, however, in our country there are Decades around the correct implementation of health services mainly public. Although there are health insurance programs that aim to safeguard the health of the population, some problems arise due to the fact that medical services become limited due to the lack of medical personnel, material and equipment and infrastructure, and that care policies result somewhat unpleasant since a logistics within the health units (clinics and hospitals) is not properly implemented, resulting in displeasure and distrust on the part of the population, so that it is of the utmost importance to redefine the structure of health services in our country in order to provide quality care.



KEYWORDS: Health system, epidemiological transition, models of health care.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son un punto clave a reflexionar en el desarrollo de los países, algo que caracteriza a un país fuerte es que tiene una mayor esperanza de vida de su población, así como un sistema de salud consistente y sólido. También es que éste considera los diferentes aspectos económicos, políticos, educativos, ambientales y sociales en los que la población nace, crece, vive, estudia, reproduce, trabaja y envejece. Sin embargo, cuando pensamos en el sistema de salud mexicano, lo primero que viene a nuestra mente es que está compuesto por el sector el público y privado, que a su vez está segmentado.

En ese sentido se puede decir que la segmentación combinada con la transición epidemiológica y demográfica por las que atraviesa nuestro país dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros que demandaban una reforma estructural: de nivel, de origen, de distribución, de esfuerzo estatal y de destino de los recursos (Gómez, 2011). Por otra parte, también es un sistema fragmentado que no es universal y que no ha llegado a la Atención Primaria a la Salud (APS).

México ha presentado desafíos para alcanzar un Sistema Nacional de Salud que permita garantizar el acceso a la atención médica universal. Ante esto se han creado distintos modelos como el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y Modelo de Atención Integral (MAI), no obstante, no se ha implementado en todo el país el último modelo, solamente como prueba piloto en los estados de Durango, Hidalgo, Guanajuato y Yucatán desde 2015 (OPS, 2015).

Después de este pequeño preámbulo puedo mencionar que el trabajo tiene como finalidad exponer las desventajas que tiene el sistema mexicano de salud, para ello es necesario tener un panorama general de las condiciones de salud de población mexicana, la estructura básica del sistema y su cobertura; y las fuentes de financiamiento del sistema.

CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Según datos estimados para 2015, México contaba con 119,530,753 habitantes, de los cuales 51.4% son hombres y 48.6% mujeres, estos porcentajes no han variado en los últimos años. Mientras que la densidad de población en el país era de 61 habitantes por km², destacándose que existe una distribución desigual de habitantes en las diversas regiones con las que cuenta el país, un ejemplo de esto es Chihuahua siendo el estado más grande territorialmente y teniendo una densidad de 14 hab/km² mientras que la Ciudad de México tiene la menor extensión territorial y una mayor densidad con 5 967 hab/km² (INEGI, 2015) Ver tabla 1.

No obstante, en el periodo de 2010 a 2015 tuvo la tasa de crecimiento anual promedio de la población de 1.4% y se espera de acuerdo con proyecciones disminuya en el 2050 de 0.28%. El país atraviesa por una transición demográfica con una tendencia al





envejecimiento poblacional que se caracteriza por 3 manifestaciones; la fecundidad de 2.3 hijos por mujer de 15 a 49 años, una tasa de mortalidad de 5.8 muertes por cada 1,000 habitantes y el aumento consecuente de la esperanza de vida al nacer, que en 1930 era en promedio de 34 años a 75.3 años en 2017 (CONAPO, 2018), (INEGI, 2015) Ver Tabla1.

Tabla 1. Indicadores básicos en México

Población total	119,530,753
Esperanza de vida al nacer	74.9
Tasa de mortalidad general	5.5
Población con seguridad social	98,224,540
Otra institución	1,852,169
Población afiliada	
IMSS	46,837,309
ISSSTE o ISSSTE estatal	9,210,801
Pemex, Defensa o Marina	1,374,794
Seguro Popular o para una Nueva Generación	98,224,540
Institución privada	3,907,230
Población no afiliada	20,621,597
Población no especificada	684,616
Población que se reconoce indígena	
Población indígena	25,694,928
Población hablante de una lengua indígena	7,382,785
Población afiliada hablante de una lengua indígena	6,270,934
Población hablante de una lengua indígena no afiliada	1,124,035

Elaboración propia. Tomado de: (Gómez,2011; OMS, 2015; INEGI, 2015; CONAPO, 2018).

Esto antepone un aumento en la participación de los adultos mayores en la estructura de la población. Si bien la estructura de la pirámide poblacional está tendiendo a adelgazar por la disminución de la participación de la población de 0 a 5 años a 8.8%, y en 2050 concentrará sólo 6% (CONAPO, 2018). En contraste, poco más de 7% de la población tiene 65 años y más y sólo 27% tiene menos de 15 años, mientras que el grupo de 15 a 64 años constituye 65% (INEGI, 2016). Esto destaca dentro de necesidades del Sistema de Salud de cada estado y municipio porque no es lo mismo enfocar los recursos a los niños que centrar los recursos al cuidado del adulto mayor.



A pesar de que se pensaría que en todos los estados se figura la misma estructura demográfica podemos decir que hay estados como Chiapas que tienen una estructura de población más joven, es decir, su pirámide poblacional es progresiva, esta se caracteriza por una alta natalidad, su tasa de fecundidad es de 5.3 hijos por cada 1000 mujeres y una mortalidad progresiva según la edad, de modo contrario se presenta en el Estado de México que tiene una población más envejecida y con disminución de la natalidad, su tasa de fecundidad es de 1.7 por cada 1000 mujeres (INEGI, 2015). Dado los comportamientos demográficos cada estado debe definir sus prioridades en torno a la población que tiene y así mismo seguir los distintos lineamientos marcados por el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud.

En otro orden de ideas, algo que caracteriza a nuestro país es que tiene un carácter dinámico que se modifica y redefine en el curso de la vida de un individuo, el hecho de que una persona pertenezca a una etnia o incluso hable alguna lengua indígena cambia completamente el panorama de sus necesidades dentro del sistema de salud.

El Censo Intercensal 2015 menciona que la población que se auto reconoce como indígena es el 21.5% correspondiente a 25,694,928 personas de las cuales el 48.7% son hombres y 51.3% son mujeres, siendo los estados de Oaxaca, Yucatán y Campeche los principales con esta característica. La población que habla alguna lengua indígena es de 7,382,785 representando un 6.5% de la población, de estos más del 50% son hablantes de lengua náhuatl, maya, tseltal, mixteco y totsil (INEGI, 2015).

Cabe resaltar que en el país existen muy pocos hospitales que tengan ese aspecto de salud intercultural, entre los pocos que se conocen son el Hospital Mixto de Cuetzalan, Ayotoxco de Guerrero y Huehuetla en Puebla, Hospital Mixto de Jesús María en Nayarit, Unidad de Salud con Medicina Tradicional de Calpulalpam, Huehuetlán, Tecota, Las Flores, Nealtican, Xoquiapan y Villa Flores, Oaxaca. (SSA, 2010).

El sistema de salud mexicano no cumple con los criterios de universalidad ya que existe casi un 18% de la población hablante de una lengua indígena no afiliada, además la población afiliada no siempre cumple con sus expectativas materiales y culturales del usuario, aunado a que sufren discriminación por su pertenencia cultural y la utilización de la medicina tradicional que muchas veces es desacreditada por personal del sector salud. Por estos motivos el sistema de salud debe respetar e integrar elementos culturales relevantes para la población hablante de alguna lengua indígena como de la que se reconoce indígena (Alarcón, 2003).

Retomando la transición demográfica también vino a la par con el proceso de urbanización en el que se ha visto involucrado prácticamente todo el país. Desde 1950 había menos de 43% de la población que vivía en localidades urbanas, fue aumentando hasta que en 2010 había un 77.8% de la población en este sector, de manera contraria ocurrió en la población rural con un 57% en 1950 a casi un 22% (INEGI, 2018).

Esto ha traído consigo no solo un proceso de urbanización sino una transición nutricional, resultado de la industrialización, globalización y con la modificación de





la dinámica familiar por la incorporación de la mujer al ámbito laboral, cambios tecnológicos en la producción y procesamiento de alimentos; en el transporte y las actividades recreativas y la proliferación de medios de comunicación masiva que influyen cada vez más a los hábitos de consumo de la población. Todos estos cambios han hecho que se padezca con más frecuencia enfermedades crónicas que anteriormente no se presentaban por la calidad de vida y salud que tenía la población (Cordera, 2012).

CONDICIONES DE SALUD

Tal como se mencionó en el anterior apartado, la esperanza de vida ha aumentado en los últimos años. No obstante, esto también ha ido en crecimiento con la exposición a estilos de vida poco saludables que han modificado el cuadro de las principales causas de mortalidad. En el siguiente Tabla 2 se presentan el cambio de las 10 principales causas de mortalidad en el 2016:

Tabla 2 Principales causas de muerte en México, 2016

Causas	Tasa ¹	Defunciones
1. Enfermedades del corazón*	107	136,342
2. Diabetes mellitus	83	105,572
3. Tumores malignos	65	82,502
4. Enfermedades del hígado	30	38,755
5. Accidentes	29	37,418
6. Enfermedades cerebrovasculares	27	34,782
7. Agresiones	19	24,559
8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18	23,271
9. Influenza y neumonía	17	21,572
10. Insuficiencia renal	10	13,132
Las demás causas	108	137,783

¹Tasa por 100 000 habitantes *Excluye paro cardíaco. Tomado de: (INEGI,2016).

Como se puede observar en la **Tabla 3**, en 1950 las enfermedades se centraban en las infectocontagiosas o transmisibles, aunque empezaban a aparecer enfermedades crónicas del corazón, y fue a partir del año 1990 cuando dichas enfermedades se situaron como primera causa de muerte, la diabetes en la cuarta causa en ese año, y en segundo lugar a partir del 2010.

Esto nos permite reflexionar en torno a si el sistema de salud mexicano está preparado para evitar tantas muertes, así como de brindarles tratamiento al creciente número de personas que presentan enfermedades crónicas. Desde mi punto de vista estas enfermedades representan un gasto muy importante en los servicios de salud, en cualquier momento el sistema se quebrará y no podrá cubrir con la demanda de atención a personas con estos padecimientos, ya que en los



años venideros habrá una población envejecida con enfermedades crónicas degenerativas (SSA, 2015).

Un ejemplo de estos costos en el sector salud se presenta a continuación: de acuerdo al análisis realizado en la publicación del Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), “Kilos de más, pesos de menos”, estimó los costos por diabetes mellitus tipo 2 atribuible a sobrepeso y obesidad (SpyO), demostró que casi 8.6 millones de diabéticos son a causa del SpyO, se le atribuyó también 59 mil muertes de diabéticos y estimó que los costos totales en los que se incluyen los relacionados con el tratamiento, pérdida de ingreso por mortalidad y morbilidad en conjunto a los diversos escenarios posibles (solo diabetes, diabetes con más complicaciones y diabetes con una complicación) fluctúan entre 82 y 92 mil millones de pesos en 2012, esto es comparable en un 87% al gasto programable de salud siendo solamente una de las diversas enfermedades crónicas (IMCO, 2015).

Tabla 3 Principales causas de muerte en México de 1950- 2016, en orden descendente.

Orden	Años	1950	1970	1990	2010	2016
1	Gastroenteritis, colitis	Neumonía e influenza	Enfermedades del corazón*	Enfermedades del corazón*	Enfermedades del corazón*	Enfermedades del corazón*
2	Neumonía e influenza	Enteritis y otras enfermedades diarreas	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Accidentes, envenenamiento y violencias	Accidentes	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Paludismo	Enfermedades del corazón*	Diabetes mellitus	Accidentes	Enfermedades de hígado	Enfermedades de hígado
5	Enfermedades del corazón	Causas perinatales	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades de hígado	Accidentes	Accidentes

*Excluye paro cardíaco. Tomado de: (INEGI,2018), (Perdigón,2008) y (SSA,2011).) (14)

ESTRUCTURA Y COBERTURA

Tal como habíamos mencionado al principio el sistema de salud mexicano está integrado por un sector público y un sector privado. El primero consta de instituciones de seguridad social que prestan servicios a los trabajadores del sector





formal de la economía y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social.

Entre esas instituciones se encuentran el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de la Marina (SEMAR) etc.; a su vez también por instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social como la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa del IMSS “Prospera” y el Seguro Popular de Salud (SPS), en este aspecto los beneficiarios se centran en trabajadores que tienen un salario, jubilados y sus familias. El sector privado está compuesto por la población con capacidad de pago y aquellos trabajadores que sus empresas les paga un seguro.

Esto plantea para la población una segmentación del sistema que, aunque sigue teniendo como característica fundamental la separación entre población asegurada y no asegurada, abre para ambas, una diversidad de servicios a los que estos grupos podrán acceder a partir de seguros privados de acuerdo con su capacidad de pago.

En contraste con lo antes mencionado, la Encuesta Intercensal 2015 reporta que la población afiliada es de 98,224,540, que representa el 82.18% de la población total, está comprendida en el 39.18% del IMSS, un 7.71% en el ISSSTE, 1.15% de PEMEX, Defensa y Marina; 49.49% en el seguro popular (incluye el Sistema de Protección Social en Salud que coordina la SSA), 3.37% Institución privada y 1.55 otra institución (tabla 1). Sin embargo, el 17.25% no está afiliada y 0.57% no está especificado (INEGI, 2015). Algo que destacar es que hay 6,270,934 personas hablantes de lengua indígena que están afiliados a los servicios de salud, esto representa el 84.8% de esta población. Están afiliadas a un 85.6% al Seguro Popular, 9.7% al IMSS, 2.3% al ISSSTE, 0.7% a otra institución, 0.5% a PEMEX, Defensa y Marina y 0.5% a una institución privada. (tabla 1) (INEGI, 2015).

Cómo se puede apreciar, la mayor parte de afiliados se centra en el SPS, que ni es popular ni es seguro debido a que se centra en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que es el documento de referencia para la atención a la salud dirigida a la persona; este te dice que enfermedades cubre y cuales medicamentos ofrecen dentro de su catálogo.

Si bien el SPS se postula como público y voluntario, en la realidad es más bien de carácter obligatorio y su costo es cubierto por el subsidio federal proveniente de los recursos fiscales y cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación según su decil de ingreso. El paquete de servicios representa una limitación seria en los padecimientos que contempla, ya que aquellos que no cubre han generado un costo que están pagando las familias y las están empobreciendo, este es el famoso y nada deseado gasto de bolsillo a la salud.

Por otra parte, el SPS tampoco es viable porque no cuenta con la infraestructura necesaria para brindar servicios de calidad a sus usuarios y su cobertura de los riesgos es limitada y condicionada al CAUSES. Si no cambiamos esto, dichas condiciones aumentarán la inequidad en salud y contribuirán a incrementar la gran desigualdad social prevaeciente en México (Tamez, 2008).

Aunado a eso, las diferentes prioridades que ha centrado el sistema de salud en el país nos han encaminado a que la población prefiera el sector privado debido que



las instituciones del sector público son percibidas como insuficientes y de mala calidad, esto se debe en buena medida a que los prestadores de servicios no cuentan con los incentivos necesarios para responder de manera más efectiva, oportuna y eficiente a las necesidades de la población.

Este hecho ha empujado a que la población más pobre utilice los servicios privados y por tratar de costear los altos gastos de los servicios se empobrezca más, incluso lo prefieren para evitarse los malos tratos y también por evitarse las largas listas de espera, que si bien en algunos casos cuando se esperan a que llegue la consulta puede que fallezcas o incluso te encuentres en un estado que no habrá nada que hacer.

Por otra parte, tal como lo reporta la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el sistema de salud aun presenta desafíos importantes, por ejemplo, el acceso a servicios de salud debe mejorar, empezando por aumentar la cantidad de médicos por cada mil habitantes, la realidad es que solo se llega a 2.2 cuando el promedio de este organismo va de 3.3. Otro desafío es que el sistema de salud del país funciona como un grupo de subsistemas que trabaja de manera desconectada y que ofrece cada una de las instituciones una cobertura y precios distintos, como resultados muy desiguales (OCDE, 2016).

Este hecho se debe a que una persona no puede elegir el proveedor de servicios públicos que desee ya que este esta predeterminado por su empleo, por ejemplo, pensemos en un trabajador que tiene IMSS o ISSSTE pierde su trabajo, este y su familia perderán la atención médica a la que tenían derecho solo porque esta dependía de la condición laboral del trabajador.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los servicios de salud que suministran las instituciones de seguridad social a sus afiliados se cubren financieramente con contribuciones del empleador, del obrero o empleado y del gobierno. En el caso de las contribuciones del empleador por parte del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armada es el mismo gobierno quien aporta esa parte por lo que se podría decir que el gobierno aporta dos veces en esas situaciones (Gómez, 2011).

Por otra parte, la SSA y los SESA se financian en su mayoría por recursos del gobierno federal, aunque también por recursos de gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-Prospera se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se sustenta con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA (Gómez, 2011).

Otro aspecto que considerar es el gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) del país, este ha tenido un comportamiento muy volátil, debido a que en el 2000 se presentó menos de 5% y en los años de 2004 y 2014 un porcentaje de mayor de 6%, aún muy por debajo de lo reportado por la OCDE de 8.9%, por lo que es indispensable que los pocos recursos que se tienen se utilicen eficazmente (OCDE, 2016).

A su vez nuestro país realiza un gasto público particularmente bajo en comparación de otros países estimado en un 51% perteneciente de fuentes públicas. Este gasto





y la limitada inversión se reflejan en los recursos de salud, ya que tenemos un personal menor a lo que reporta la media de la OCDE, el recurso a su vez contribuye a contar con menor servicios de salud. Se pensaría que lo que debemos hacer es invertir más en salud, sin embargo, esto también implicaría recortar o ajustar el presupuesto que se tiene en otros sectores lo cual podría provocar una crisis en la calidad de vida de los habitantes por lo que debería considerarse en una medida a largo plazo para no poner en riesgo a la población (OCDE, 2016).

MODELOS DE ATENCIÓN

Se han creado distintos modelos de atención a la salud, el primero es el MASP (1995), que tenía como propósito elevar el nivel de salud de la población por medio de la ampliación de la cobertura, mejora de la calidad de servicios ofrecidos, el aumento de la productividad, la plena y óptima utilización de recursos disponibles y de la capacidad instalada. Está a comparación de las siguientes se consideraba como una alternativa de atención a la medicina tradicional por lo que la gente se sentía más identificada con este modelo, además que mencionaba que debía brindar atención las 24 horas, los 365 días del año.

Aunque se basa en la adopción de una estrategia de Atención Primaria a la Salud, incluye elementos fundamentales para la organización y prestación de servicios como la coordinación institucional e intersectorial, la participación activa de la comunidad y la interrelación a los recursos institucionales y comunitarios. Asimismo, contemplaba un enlace y coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforman la red de servicios de salud, así como reconocía indispensable los mecanismos para que la información fluyera de manera oportuna a las zonas de supervisión entre estas las jurisdicciones y a nivel estatal para la toma de decisiones (SSA, 1995).

Algo que cambio completamente con el MIDAS que aunque lo menciona en la lectura no intentaba reemplazar la MASP, retomaba sus éxitos de cobertura alcanzados para darle continuidad de atención, así como buscaba crear condiciones para que todas las unidades institucionales y sectores del sistema de salud trabajen, sin fusionarse de manera coordinada para garantizar una atención pronta, efectiva, segura, continua, respetuosa de los derechos humanos y centrada en los usuarios de los servicios del paciente (SSA, 2006).

Finalmente, el MAI tiene como objetivo retomar los mejores aspectos del MASP y del MIDAS, para centrar la atención primaria a la salud en la persona mediante el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (SSA, 2015).

Algo que me parece muy contradictorio puesto que, si bien hablan de APS, algo que se ha considerado desde la Declaración de Alma-Ata pensando en que es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

En primera instancia en muy pocos casos la población participa activamente en pro de su salud, en segunda los servicios de salud desafortunadamente están siendo más curativos que preventivos, el tercer punto es que su ejercicio es inequitativo ya que se presta la atención por sectores e instituciones públicas o privadas y el cuarto



es que su atención solamente se basa en el individuo, no se ha podido llevar a un ámbito más grande como la familia o comunidad.

CONCLUSIONES

Hablar del sistema de salud nacional es levantar muchas polémicas, al menos con las personas encargadas de trabajar dentro del sistema de salud, pues estas personas van a defender lo que se ha hecho con estadísticas, principalmente de la gran cantidad de personas que se han afiliado a un sistema de salud sea cual sea, que es a lo que se aferra el gobierno para mantener cifras positivas, pero si nos ponemos a analizar la calidad del servicio de salud entramos en problemas, porque la realidad que podemos ver es que en los médicos pidan a los pacientes que vayan a hacerse los estudios de rayos x con una empresa privada, para después regresen por un diagnóstico o donde se puede leer en los noticieros que mujeres tuvieron que dar a luz en el jardín de los hospitales porque se le negó la entrada pues aún no cumplían con las características para poder ser internadas.

Si nos vamos al punto de vista de los médicos o enfermeras la situación no mejora pues muchos de ellos deben pasar una cantidad de turnos que rayan en la explotación, cosa demasiado alarmante pues esas personas son las que deben tener una plena capacidad en sus sentidos y capacidades cognitivas para poder hacer bien su trabajo y no se está dando, la alternativa seria dar consulta de forma privada a un precio accesible.

La idea de privatizar el sector salud surge por la problemática porque actualmente 3 de cada 10 familias quedan en banca rota por los gastos tan excesivos que llegan a tener por las atenciones que requiere un familiar enfermo, las personas hablan sobre el aumento en el salario mínimo que deberá ser obligatorio si se da el caso de una privatización, pero de lo que pocos hablan es de la canasta básica, donde se toman los datos para calcular el salario mínimo y donde no hay espacio si quiera para los gastos de transporte, de aseo personal y la vestimenta de las personas, mucho menos se toma en cuenta los gastos de salud de cada persona, es por esto que es tan bajo.

Queda claro al ver todo lo que gasta el gobierno en el sistema de salud que el dinero que se destina para esto es poco y debería ser aprovechado y administrado de la mejor manera, sin embargo, esta es otra de las grandes dolencias del sistema nacional de salud. Definitivamente, no podemos decir que este sistema brinda a sus usuarios una atención integral, continua, preventiva más que curativa, diversificada, responsable y que se encuentre compuesta de un personal multidisciplinario que tenga los incentivos que favorezcan a que haga mejor su trabajo.





BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón M. AM, Vidal H. A, Neira Rozas. (2003). “Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. Revista Médica de Chile. (131): p. 1061-1065.
- Consejo Nacional de Población. República Mexicana (CONAPO). (2018).” Indicadores demográficos 2010- 2050”. México; 2018.Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos. Fecha de consulta: 22/06/19
- Cordera R, Murayama C. (2012). “Los determinantes sociales de la salud en México”: Fondo de Cultura Económica. México.
- Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. (2011). “Sistema de salud de México”. Salud Pública de México; 53(2): p. s220-s232.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Encuesta Intercensal México”; 2015.Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/eic_2015_presentacion.pdf. Fecha de consulta: 21/06/19
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). “Principales Resultados: Encuesta. Intercensa” Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/eic_2015_presentacion.pdf. Fecha de consulta: 21/06/19
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). “Dirección General de Estadísticas. Sociodemográficas” México; Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>. Fecha de consulta: 21/06/19
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). “Cuéntame INEGI: Población rural y urbana”. México; Recuperado de:



- http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P. Fecha de consulta: 21/06/19
- Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (2015). “Kilos de más, pesos de menos: Los 2 costos de la obesidad en México”. Recuperado de: http://imco.org.mx/wpcontent/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf. Fecha de consulta: 02/06/19
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). “Presentación del Estudio 6 sobre el Sistema Mexicano de Salud 2016” México; Recuperado de: <https://www.oecd.org/centrodemexico/presentacion-del-estudio-sobre-el-sistemamexicano-de-salud-2016.htm>. Fecha de consulta: 21/06/19
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). “Estudios de la OCDE 7 sobre los Sistemas de Salud”: México 2016.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). “Inicia la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud”. OPS México.
- Perdigón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB. (2008). “Principales causas de muerte en la 3 población general e infantil”. Medigraphic; 65(3): p. 238-240.
- Secretaría de Salud. “Servicios y unidades de Salud, culturalmente componentes. México”. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_E_L OS_MEXICANOS_2015_S.pdf. Fecha de consulta: 12/04/19.
- Secretaría de Salud. (2015). “Informe sobre la salud de los mexicanos 2015”. México; Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_E_L OS_MEXICANOS_2015_S.pdf. Fecha de consulta: 12/03/19.
- Secretaría de Salud. (2011). “Información histórica de estadísticas”. México; http://www.saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/I_HISTO_DE_ESTA_V_NAC_Y_DEFU_1893_2010.pdf. Fecha de consulta: 12/04/19.
- Secretaria de Salud. (1995). “Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta México”. México; Recuperado de:



<http://www.saludni.gob.mx/drupal/sites/default/files/>. Fecha de consulta: 12/04/19.

Secretaria de salud. (2006). “Modelo Integrado de Atención a la Salud México”.
<http://www.saludni.gob.mx/drupal/sites/default/files/>. Fecha de consulta: 12/04/19.

Secretaría de Salud. (2015). “Modelo de Atención Integral de Salud México”. México: Recuperado de: <http://www.saludni.gob.mx/drupal/sites/default/files/>. Fecha de consulta: 12/04/19

Tamez González S, Eibenschutz C. (2008). ” El Seguro Popular de Salud en México: Pieza 5 Clave de la Inequidad en Salud”. Revista de Salud Pública; 10(1).