

# HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

Dr. Daniel Márquez Gómez

Aproximación metodológica: Los modelos de salud

**E**l artículo 5º de la Ley General de Salud define al Sistema Nacional de Salud como el conjunto de “las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones”, además, destaca que su “objeto” es “dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

Como se advierte, esta delimitación autoriza a utilizar los conceptos de la teoría de sistemas para analizar lo que tenemos como “sistema” en el campo de la salud. Lo anterior nos lleva al análisis de las “estructuras administrativas”. “personas físicas y morales” y “servicios de salud”, y de cómo esas estructuras, personas y servicios logran o hacen efectivo “el derecho a la protección de la salud”. Lo anterior nos remite a las ideas de “teoría de sistemas” y “modelo”.

En lo que se refiere a la teoría general de sistemas, su autor, Ludwig von Bertalanffy destaca:

Aquí existen, por lo tanto, las leyes generales del sistema que se aplican a cualquier sistema de cierto tipo, independientemente de las propiedades particulares del sistema o de los elementos implicados. Podemos decir también que hay una correspondencia estructural u homología lógica en los sistemas en la cual las entidades en cuestión son de una naturaleza completamente diferente. Esta es la razón por la cual encontramos leyes isomorfas en diferentes campos.

La necesidad de una superestructura general de la ciencia, que desarrolle principios y modelos que sean comunes a diferentes campos, ha sido a menudo enfatizada en los últimos años, por ejemplo, por el grupo de la Cibernética de N. Wiener, por la Semántica General del conde Korzybski en la demanda por Generalistas Científicos, tal y como ha avanzado recientemente Bode y otros y en muchas otras publicaciones. Pero una declaración clara del problema y su elaboración sistemática al parecer nunca se han hecho.

87

### Teoría General del Sistema

Tales consideraciones nos llevan a postular una nueva disciplina científica básica que denominamos Teoría General de Sistemas. Es un campo lógico-matemático cuyo objeto es la formulación y deducción de aquellos principios que son válidos para los "sistemas" en general. Hay principios que se aplican a los sistemas en general, cualquiera que sea la naturaleza de sus elementos componentes o las relaciones o «fuerzas» entre ellos. El hecho de que todas las ciencias mencionadas anteriormente se refieren a sistemas, lleva a una correspondencia formal o a una homología lógica en sus principios generales, e incluso en sus leyes especiales si las condiciones de los sistemas corresponden a los fenómenos bajo consideración.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

La Teoría General del Sistema es una disciplina lógico-matemática, que es en sí puramente formal, pero es aplicable a todas las ciencias relacionadas con los sistemas. Su posición es similar, por ejemplo, a la teoría de la probabilidad, que es en sí misma una doctrina matemática formal, pero que puede aplicarse a campos muy diferentes, como la termodinámica, la experimentación biológica y médica, la genética, las estadísticas del seguro de vida, etc.<sup>1</sup>

Por lo anterior, Javier Aracil señala que un sistema es un objeto dotado de alguna complejidad, formado por partes coordinadas, de

88

<sup>1</sup> Bertalanffy, Ludwig (von), *An Outline of General System Theory* (1950), visible en: [http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/r/Bertalanffy1950-GST\\_Outline\\_SE-LECT.pdf](http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/r/Bertalanffy1950-GST_Outline_SE-LECT.pdf), consultado el 5 de junio de 2017. En el texto en inglés se destaca: *There exist therefore general system laws which apply to any system of a certain type, irrespective of the particular properties of the system or the elements involved. We may say also that there is a structural correspondence or logical homology of systems in which the entities concerned are of a wholly different nature. This is the reason why we find isomorphic laws in different fields.*

*The need for a general superstructure of science, developing principles and models that are common to different fields, has often been emphasised in recent years, for instance, by the Cybernetics group of N. Wiener, by the General Semantics of Count Korzybski in the claim for Scientific Generalists' as recently advanced by Bode and others<sup>8</sup> and in many other publications. But a clear statement of the problem and a systematic elaboration has apparently never been made.*

### *3. General System Theory*

*Such considerations lead us to postulate a new basic scientific discipline which we call General System Theory. It is a logico-mathematical field, the subject matter of which is the formulation and deduction of those principles which are valid for 'systems' in general. There are principles which apply to systems in general, whatever the nature of their component elements or the relations or 'forces' between them. The fact that all sciences mentioned above are concerned with systems, leads to a formal correspondence or logical homology in their general principles, and even in their special laws if the conditions of the systems correspond in the phenomena under consideration.*

*General System Theory is a logico-mathematical discipline, which is in itself purely formal, but is applicable to all sciences concerned with systems. Its position is similar to that, for example, of probability theory, which is in itself a formal mathematical doctrine but which can be applied to very different fields, such as thermodynamics, biological and medical experimentation, genetics, life insurance statistics, etc.*

modo que el conjunto posea una cierta unidad, que es precisamente el sistema. Sostiene que un sistema lo entendemos como una unidad cuyos elementos interactúan juntos, ya que continuamente se afectan unos a otros, de modo que operan hacia una meta común.<sup>2</sup>

Existen dos enfoques para el desarrollo de la Teoría General de Sistemas, que la misma teoría sugiere. El primer enfoque es observar el universo empírico y escoger ciertos fenómenos generales que se encuentran en las diferentes disciplinas y tratar de construir un modelo teórico que sea relevante para esos fenómenos. Un segundo enfoque es ordenar los campos empíricos en una jerarquía de acuerdo con la complejidad de la organización de sus individuos básicos o unidades de conducta y tratar de desarrollar un nivel de abstracción apropiado a cada uno de ellos.<sup>3</sup>

Así, el énfasis en el “sistema” que contiene el artículo 5º de la Ley General de Salud, para referirse a los elementos que posibilitan la protección del derecho a la salud, nos autorizan a utilizar este marco como referencia para nuestro análisis. Sin embargo, debemos usarlo de manera precavida, porque:

89

Todo lo que se pueda decir de una teoría de sistemas es, en última instancia, un intento de responder de manera precisa a lo que se designa bajo el concepto de sistema y esto, sobre todo en dos aspectos fundamentales: 1) pasar de la consideración de que el sistema es un objeto, a la pregunta de cómo se llega a obtener la diferencia que se designa bajo el binomio sistema/entorno. ¿Cómo es posible que esta distinción (sistema/entorno) se produzca, se mantenga, se desarrolle mediante evolución, con el resultado de que cada vez más se pone a disposición de sistema (una mayor complejidad)? y,

<sup>2</sup> Aracil, Javier. *Dinámica de sistemas*. Madrid: Isdefe, 1995, p. 8.

<sup>3</sup> Johansen Bertoglio, Oscar. *Introducción a la teoría general de sistemas*. México: Limusa, 2004, pp. 25 y 27.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

2) ¿qué tipo de operación hace posible que el sistema, al reproducirse, mantenga siempre dicha diferencia? El error que ha causado efectos perniciosos en la reflexión social es creer que un sistema es una especie de realidad cósmica, un objeto.<sup>4</sup>

En este sentido, hablar de modelos es referirnos a la resolución de problemas, porque un modelo funciona como un enfoque metodológico para analizar, explicar y, si lo permite el modelo, intervenir socialmente. Un modelo puede ser una maqueta o un conjunto de ideas abstractas, por lo que se alude mejor a “modelos teóricos”.<sup>5</sup>

90 Peter Achinstern afirma que los modelos teóricos tienen cuatro características: 1) es un conjunto de supuestos acerca de algún objeto o sistema; 2) describe un tipo de objeto o sistema atribuyéndole lo que podría llamarse una estructura interna, una composición o un mecanismo que explicará diversas propiedades de ese objeto o sistema; 3) es un aproximación útil para diversos propósitos. El valor de un modelo se juzga por lo bien que sirve a los fines para los que se emplea y que tan completa y exacta es la representación que propone; y 4) los modelos teóricos se formulan, desarrollan y se denominan con base en una analogía entre el objeto o sistema descrito por él y algún objeto o sistema diferente, lo que significa que se realiza una comparación entre propiedades y principios similares.<sup>6</sup>

Para B. Wilson un modelo es la interpretación explícita de lo que se entiende de una situación, o tan sólo de las ideas de uno acerca de esa situación. Puede expresarse en matemáticas, símbolos o palabras, pero en esencia es una descripción de entidades, procesos o atributos

<sup>4</sup> Torres Nafarrete, Javier. *Introducción a la teoría de sistemas de Niklas Luhmann*, México: UNAM, 1999, pp. 14-15.

<sup>5</sup> Cfr. Galeana de la O., Silvia. “La construcción de modelos: una alternativa metodológica de intervención y de teorización”, en: Galeana de la O., Silvia (coord.), *Promoción social una opción metodológica*. México: Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM y Plaza y Valdés, 1999, p. 39

<sup>6</sup> Achinstern, Peter. *Los modelos teóricos*. México. UNAM, 1987, pp. 6-10, véase también, Egg A., *Técnicas de investigación social*. Argentina: Cid, 1981, p. 64.

y las relaciones entre ellos. Puede ser descriptivo o ilustrativo, pero sobre todo, debe ser útil.<sup>7</sup>

Según Javier Aracil un modelo teórico constituye una representación abstracta de un cierto aspecto de la realidad y tiene una estructura que está formada por los elementos que caracterizan el aspecto de la realidad, y por las relaciones entre elementos.<sup>8</sup> Así, a la descripción de un sistema mediante un lenguaje de esta naturaleza (que permite realizar descripciones) se la conoce como un modelo de ese sistema; en este sentido, un modelo se utiliza como sinónimo de “representación”.<sup>9</sup>

En materia de salud se habla de “modelos” en términos de su fuente de financiación, cobertura y tipo de prestación, aunque también se pueden encontrar formas mixtas. El debate actual se da en torno a los sistemas “Beveridge” y “Bismark”, en los términos siguientes:

91

En los países de la Unión Europea los sistemas sanitarios se configuran según dos grandes patrones: el denominado “sistema nacional de salud”, en el cual todos los residentes tienen derecho a los servicios sanitarios y se financian mayoritariamente por impuestos. Se basa en la solidaridad o en el principio redistributivo y posibilita el acceso universal, bajo control del parlamento. Es un recurso universal, estable y fácil de recaudar en los países en los que el sistema fiscal está organizado correctamente; una parte muy importante de los recursos son obtenidos de las rentas de manera progresiva; quien más tiene más paga y, el resto de la financiación del sistema, se complementa con los impuestos sobre el valor añadido y otros gravámenes que

<sup>7</sup> Wilson, B., *Sistemas: concepto, metodología y aplicaciones*. México: Limusa, 1993, p. 28.

<sup>8</sup> Aracil, Javier. *Introducción a la dinámica de sistemas*. Madrid: Alianza. 1993, p. 18.

<sup>9</sup> Aracil, Javier. *Dinámica de sistemas*. p. 56.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

se aplican a determinados productos como hidrocarburos, alcohol, tabaco o electricidad.

(...)

El otro patrón tradicional se conforma en torno a los “sistemas de seguridad social”, financiados por cotizaciones sociales obligatorias. Las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los recursos financieros se obtienen de la riqueza económica de las empresas y salarios y son dirigidos hacia los empleados y sus beneficiarios.

En este sistema los impuestos generales también tienen un papel financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura y, financiando determinados tipos de asistencia básica pública como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.<sup>10</sup>

92

Sin embargo, el camino en México parece transitar hacia un modelo de “medicina gerenciada”, así se afirma que con la reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), en diciembre de 1999, se dio marcha al desarrollo de la Medicina Administrada, bajo el nombre de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).<sup>11</sup> Como lo menciona Rivero Serrano: “La nueva concepción de la medicina como una industria en la que la participación de inversionistas de alguna forma modifica el fin único que ha tenido la medicina por siglos: el bien del enfermo”.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> *Sistema de Información Sanitaria. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, pp. 10-11.

<sup>11</sup> Sámano Guerra, Francisco Javier, Fernández González, Héctor, Pérez Padilla, Rogelio, Páramo Díaz, Marcelo, Iñarritu, Alfredo, y Flores Hidalgo, Héctor. “Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México”, en *Anales de la Medicina*, vol. 48, núm. 1, enero-marzo de 2003, p. 70.

\* Véase: Rivero Serrano, Octavio, “La medicina actual intervenida”, Seminario: el ejercicio actual de la medicina, en: <http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/>

En este sentido se destaca que a través de reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en 1990, 1996, 1997 y 1999, así como al establecimiento de bases legales de supervisión, para ser operados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) en 1998 y la expedición por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en el año 2000, de las reglas de operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), hoy en día el ramo de seguros privados, especializados en salud, ofrecen dos tipos de seguro: el seguro de salud y el seguro de gastos médicos.<sup>13</sup>

Thomas R. Reardon afirma: “Enfrentamos una nueva revolución, la revolución de la Medicina Administrada o Gerenciada, donde el Sistema de Salud y los modelos de práctica Médica son conducidos no por las prerrogativas del Médico y las necesidades de los pacientes, sino por los administradores de las compañías de seguros, con el único objeto de ganar dinero”.<sup>14</sup>

93

Así la política sanitaria es lo que conforma el sistema de atención y cuidados de la salud, que difieren de unas naciones a otras por razón de sus propias realidades y propios condicionantes, aunque en la práctica no existen en estado puro, porque ofrecen atributos trasvasados de unos sistemas a otros, así existen los siguientes sistemas:

---

oct\_02\_ponencia.html, octubre de 2008, documento en poder del autor.

<sup>13</sup> Sámano Guerra, Francisco Javier, (...) “Problemática actual...”, p. 69.

<sup>14</sup> Thomas R. Reardon M.D., President Speeches American Medical Association, [www.ama.org](http://www.ama.org).

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

**Emergente** Es aquel en el cual los cuidados de la salud son un ítem de consumo particular, por lo que el Estado desempeña un rol mínimo.

---

**Plural** En el que los cuidados de salud se perciben como un bien de consumo y el Estado no tiene más que una presencia mínima e indirecta (caso de los Estados Unidos), proveyéndose mayoritariamente de la asistencia desde la iniciativa privada.

---

**Seguridad Social/Aseguramiento** En el que de manera central e indirecta la atención sanitaria es responsabilidad del Estado. Los cuidados de salud se configuran como un seguro, a través del cual se garantiza la disposición de un bien de consumo o servicio ofertado por el sector público con el concurso de la iniciativa privada (caso Francia)

---

**Servicio Nacional de Salud** Las prestaciones sanitarias las soporta íntegramente el Estado. Los servicios son públicos prácticamente en su totalidad, la financiación se hace por vía indirecta y el papel que desempeña el Estado es central y directo (caso Gran Bretaña).

---

**Socializado** El Estado facilita los servicios de manera total y absoluta, a través de instituciones y funcionarios estatales (caso de la extinta Unión Soviética).

También se afirma que estos sistemas tienen sus pros y contras, sus virtudes y defectos, por lo que no es fácil adoptar un modelo en particular y plasmarlo en la política sanitaria.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> De Val-Pardo, Isabel y Corella, José María. *Salud, sanidad y política sanitaria. Diagnóstico y planificación*. Madrid: Díaz de Santos, 2001, pp. 4-5.

En este sentido, de la lectura de los Artículos: 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (bases y modalidades de protección a la salud), 1° y 1° Bis (reglamenta el Artículo 4° de la Constitución, definición de salud), 5° (sistema nacional de salud, con incidencia de los sectores público y privado), 3° y 6° (objeto y objetivos del sistema nacional de salud), 12 (competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del sistema nacional de salud), 15 y 17 (Consejo General de Salubridad), 17 y 17 Bis (Secretaría Salud y modelo de regulador sanitario: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), 24 (servicios de salud: atención médica, salud pública y asistencia social); 34 (servicios de salud: a la población en general, a derechohabientes, sociales y privados, y los que establezca la autoridad sanitaria), 50 (usuarios: públicos, sociales y privados); y 77 bis 1 y siguientes (sistema de protección social en salud, que en el Artículo 77 bis 7, fracción IV, obliga a sus participantes a cubrir cuotas familiares), nos muestran que en México tenemos un sistema de salud de diversas dimensiones, en donde confluyen los sistemas: plural, seguridad social/aseguramiento, y servicio nacional de salud.

95

Sin embargo, con la emergencia de la medicina gerenciada o administrada, advertimos una transición a un sistema “emergente”. Lo anterior muestra la imposibilidad de construir en México un sistema de salud universal, existen obstáculos políticos, económicos e incluso jurídicos.

## El derecho humano a la salud como objeto “universal”

Como en términos legales el sistema de salud mexicano se integra por estructuras, personas y servicios que buscan hacer efectivo “el derecho a la protección de la salud”, es necesario que nos enfoquemos primero en el objeto de ese sistema, esto es, la “protección de la salud”.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

El Artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, además, prescribe la reserva de ley en materia de “bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”. Por su parte, el artículo 1º de la Ley General de Salud, reglamentaria de ese precepto constitucional, destaca que “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

96 Además, el artículo 1º Bis de la Ley General de Salud, señala que se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Lo anterior reproduce uno de los principios básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.<sup>16</sup> Como se advierte, para entender el “objeto” del sistema de salud mexicano, primero debemos entender qué se entiende por “protección”.

Un primer problema está relacionado con la cuestión lingüística, porque protección refiere a la acción y efecto de proteger, a su vez, proteger es un verbo transitivo que significa: “resguardar a una persona, animal o cosa de un perjuicio o peligro, poniéndole algo encima, rodeándolo, etc.”, y “amparar, favorecer, defender a alguien o algo”. En este sentido lo que se protege a través de esta norma es la salud, sin embargo, no se puede considerar que esa delimitación se asocie a un “derecho humano”, a pesar de que esta norma se encuentra en el apartado de los “derechos humanos” de la Constitución federal.

En primer lugar, porque aunque lo que se protege es la “salud”, que en sus tres significados, directamente asociados al tema, se refiere a: 1) “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente

<sup>16</sup> Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York, celebrada del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada por representantes de 61 estados el 22 de julio de 1946. (Off. Rec. WldHlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100) en vigor a partir del 7 de abril de 1948.

todas sus funciones”; 2) “conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado; y 3) “libertad o bien público o particular de cada uno”, lo que pone en evidencia su generalidad y la posibilidad de asignarle sentidos no compatibles con los derechos humanos por lo anterior, atendiendo a lo “indeterminado” de estos conceptos no queda claro cuál de los tres sentidos se protege con el definición constitucional y legal.

También es importante destacar que el día de hoy el derecho humano a la salud es un concepto del derecho internacional de los derechos humanos de naturaleza transversal a los derechos público-subjetivos. Esto significa que la salud humana trasciende al: “estado de completo bienestar físico, mental y social” y se asocia a la totalidad de los bienes individuales y sociales disponibles en la sociedad.

Como ejemplo de lo anterior, podemos citar la Observación general Núm. 14 (2 000) “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se destaca que: “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

97

En esa misma observación general, al analizar el contenido normativo del artículo 12, se señala:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

Como se advierte, la delimitación del derecho humano (fundamental) a la salud en la interpretación del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, trasciende lo social e incluye los aspectos ético-políticos. Así, a menos que se considere que las libertades (los temas éticos y los derechos políticos también son elementos sociales), la interpretación muestra la insuficiencia de la construcción de la salud como un: “estado de completo bienestar físico, mental y social”.

98 En este contexto, la observación general en análisis, establece que para el Comité, el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

En la misma observación general se establece que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta

de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS; b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, en sus cuatro dimensiones superpuestas: I) No discriminación; II) Accesibilidad física; III) Accesibilidad económica (asequibilidad); IV) Acceso a la información; c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; y d) Calidad, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

99

En “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”<sup>17</sup>, en el contexto de “La nueva Agenda”, numera 26, la Organización de las Naciones Unidas afirma:

26. Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie.

En este sentido, el numeral 55 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Metas, destaca:

55. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas son de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal, tienen en cuenta las diferentes

<sup>17</sup> Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Distr. General 21 de octubre de 2015, Septuagésimo período de sesiones. Temas 15 y 116 del programa. A/RES/70/1.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país y respetan sus políticas y prioridades nacionales. En este contexto el Objetivo 3 consiste en: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. Al desarrollar este objetivo, los numera 3.7 y 3.8 de esos objetivos obligan a: 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, y 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

100

En materia internacional se construye en concepto “Cobertura Sanitaria Universal (CSU)”, que para la Organización Mundial de la Salud, consiste en garantizar el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, el acceso a medicamentos y vacunas, seguros, eficaces, asequibles y de calidad, y la protección contra los riesgos financieros. Destaca que la CSU implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.<sup>18</sup>

Como se advierte, este concepto de Cobertura Sanitaria Universal tiene una gran deficiencia, porque aunque señala que “todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan”, cierra el argumento con la frase “sin tener que pasar penurias

<sup>18</sup> Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.

financieras para pagarlos”, lo que implica que los servicios de salud amparados por la CSU no son necesariamente gratuitos.

En torno a este modelo de atención sanitaria, la Organización Mundial de la Salud establece: a) La CSU no implica la cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias posibles, independientemente de su costo, ya que ningún país puede permitirse ofrecer todos los servicios gratuitamente de forma estable; b) la CSU no se refiere únicamente a la financiación de la salud: abarca todos los componentes del sistema de salud, a saber, los sistemas de prestación de servicios de salud, el personal sanitario, las instalaciones sanitarias o las redes de comunicación, las tecnologías sanitarias, los sistemas de información, los mecanismos de garantía de la calidad, la gobernanza y la legislación; c) la CSU no sólo tiene por finalidad asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino también lograr la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera, conforme se disponga de más recursos; d) la CSU no sólo engloba los servicios de tratamiento específicos, sino también incluye los servicios a la población como las campañas de salud pública, la adición de flúor al agua, el control de los lugares de reproducción de los mosquitos, entre otros; y e) la CSU comprende mucho más que sólo la salud. Adoptar medidas para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal equivale a adoptar medidas para lograr la equidad, las prioridades en materia de desarrollo y la inclusión y cohesión sociales.<sup>19</sup>

101

Sin embargo, una crítica temprana a la Cobertura Sanitaria Universal es que ignora el tema de los impuestos y su relación con el financiamiento de las funciones públicas y servicios que brinda el gobierno.

Al preguntarse ¿Se puede medir la cobertura sanitaria universal?, la OMS responde que: “Sí. El seguimiento de los progresos

<sup>19</sup> Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.

Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

realizados hacia la consecución de la CSU deben centrarse en dos datos”: a) la proporción de la población que puede tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y b) la proporción de la población que gasta sumas importantes del presupuesto familiar en la salud. Destaca que la OMS utiliza 16 servicios de salud esenciales como indicadores del nivel y la equidad de la cobertura en los países, que agrupa en cuatro categorías, a saber:

102

Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño:	Enfermedades infecciosas:	Enfermedades no transmisibles:	Servicio: capacidad y acceso:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planificación de la familia</li> <li>2. Atención durante el embarazo y el parto</li> <li>3. Inmunización infantil completa</li> <li>4. Comportamiento de búsqueda de atención de salud en caso de enfermedad infantil</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento de la tuberculosis</li> <li>2. Tratamiento de la infección por el VIH con anti-retrovíricos</li> <li>3. Cobertura de los mosquitos tratados con insecticida para la prevención del paludismo</li> <li>4. Saneamiento adecuado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevención y tratamiento de la hipertensión arterial</li> <li>2. Prevención y tratamiento de la hiperglucemia</li> <li>3. Detección del cáncer cervicouterino</li> <li>4. Consumo de tabaco (abandono del tabaco)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acceso a servicios hospitalarios básicos</li> <li>2. Densidad de personal sanitario</li> <li>3. Acceso a los medicamentos esenciales</li> <li>4. Seguridad sanitaria: cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional</li> </ol>

Cierra el argumento afirmando que: Como cada país es único, cada uno puede centrar su labor en diferentes esferas o concebir sus propios medios para evaluar los progresos realizados en a la consecución de la CSU. Sin embargo, cabe considerar también la utilidad de un enfoque mundial que se basa en medidas normalizadas y reconocidas internacionalmente que faciliten la comparación entre los países a lo largo del tiempo.<sup>20</sup>

Sin embargo, la lista es limitada, porque temas como la obesidad, la contaminación, respiratorias, insuficiencia renal, se excluyen de ella; además, lo importante no es la “infraestructura”, sino la calidad de la misma y de los recursos que se ponen a disposición del personal sanitario. También está ausente la salud mental y dental, el financiamiento. Además, se ignora el papel del ciudadano en el sistema. Como ejemplo podemos citar que, el National Health Service de Inglaterra tiene el deber de involucrar a sus pacientes, cuidadores y el público en las decisiones sobre los servicios que comisionan.<sup>21</sup> Aquí, tampoco podemos soslayar que el hospital es un establecimiento destinado al tratamiento de las enfermedades y los traumatismos que sobrevienen en la colectividad.<sup>22</sup>

103

Por último, debemos mencionar que la Declaración de Alma-Ata,<sup>23</sup> de 12 de septiembre de 1978, reiteró en su punto I, que:

**La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente**

<sup>20</sup> Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.

<sup>21</sup> Both NHS England and CCGs have a duty to involve their patients, carers and the public in decisions about the services they commission. Visible en: (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>, consultado el 29 de abril de 2017.

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos Núm 122, Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica, Función de los hospitales en los programas de protección a la salud. Ginebra, OMS, 1957, p. 5.

<sup>23</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

En este contexto el eje de cualquier sistema de salud debe orientarse en términos de una política de salud en la que se considere a ésta como un derecho humano.

### El modelo de salud mexicano y la intención de avanzar a un modelo de medicina universal

104

Una de las tragedias de nuestra institucionalidad es que se debate lo que ya existe. Si quienes proponen el paradigma de salud universal desde la política y la política sanitaria hubieran leído el contenido del artículo 35 de la Ley General de Salud, se darían cuenta que el sistema universal de salud gratuito ya existe.<sup>24</sup> Sin embargo, de manera insólita se limita a las “personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad”. Sin embargo, como destacamos líneas arriba, en el sistema de protección social en salud, en términos del artículo 77 bis 7, fracción IV, se obliga a sus participantes a cubrir cuotas familiares.

Lo anterior es consistente con lo que se impulsa desde la Organización Mundial de la Salud, instancia que define a un sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones

<sup>24</sup> El artículo 35 de la Ley General de Salud prescribe: Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Destaca que un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Afirma que: además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.<sup>25</sup> Como se advierte, la idea de “sistema de salud” de la Organización Mundial de la Salud está enfocada al contexto de la medicina gerenciada, lo anterior valida nuestra crítica a su idea de “cobertura sanitaria universal”.

En México diversas personas e instituciones se han ocupado de la “seguridad social universal”, el “acceso universal a los servicios de protección de la salud”, la “seguridad social contributiva”, la “universalidad de los servicios de salud”, entre otros, por lo anterior, en este apartado mencionaremos algunos de los argumentos de las voces que abogan por esta clase de esquemas.

105

Las posturas que mostraremos coinciden: todas desean la seguridad social universal (lo que significa entre otras cuestiones, acceso a la salud o medicina a todos), sin embargo, ninguna de ellas puede estimarse como un “sistema” o “modelo” asociado a ese sistema.

La seguridad social universal en el Pacto  
por México y en el Programa Sectorial de Salud

El Pacto por México aborda en el numeral “1.1. Seguridad Social Universal”, el tema de la seguridad social “universal”, en los términos siguientes:

**Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano,**

<sup>25</sup> OMS, ¿Qué es un sistema de salud?, visible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, consultado el 12 de junio de 2017.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal que incorpore lo siguiente: a) acceso universal a los servicios de salud.

Se establece como compromiso 1:

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos. Además, se continúa argumentado en el compromiso 2: Adicionalmente, ante el crecimiento de los males asociados a la obesidad, se modificarán las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos chatarra.

106

Otra dimensión del problema es la pensión para los adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro o pensión del IMSS o ISSSTE. Por lo anterior se afirma, como compromiso 3, que: Como un primer paso, el programa “70 y más” pasará a ser “65 y más”.

Como un segundo paso, se establecerá una cuota social adicional aportada por el Gobierno Federal a una cuenta individual a todos los Mexicanos al cumplir 18 años y hasta la edad de 65 años, para dar plena portabilidad a los beneficios pensionarios de la población a lo largo de su vida.

Además, se aborda el tema del “Seguro de Desempleo”, como compromiso 4, en donde se destaca:

Se establecerá un Seguro de Desempleo que cubra a los trabajadores del sector formal asalariado cuando pierdan su empleo para evitar un detrimento en el nivel de vida de sus familias y les permita buscar mejores opciones para tener un crecimiento profesional y patrimonial.

En materia de “Seguro de Vida para Jefas de Familia”, se afirma en el compromiso 5: Se pondrá en marcha un sistema de seguros de vida para Jefas de Familia para proteger la seguridad económica de sus hijos en caso de fallecimiento. Este seguro también incluirá a los padres jefes de familia que se encuentran en la misma circunstancia.

En el Programa Sectorial de Salud 2013-2108, se establece la necesidad de un Sistema Nacional de Salud Universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad, por lo que sostiene que para el logro de esa visión, se elaboró dicho Programa Sectorial.

107

En este sentido, al alinear el programa sectorial con el Plan Nacional de Desarrollo, en la Meta Nacional: México incluyente, objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios sanitarios, se menciona el avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, lo que de nuevo nos da la otra cara de la tragedia nacional, los diseñadores de políticas ignoran el contenido de las normas que aplican, porque como ya se señaló, el artículo 35 de la Ley General de Salud ya regula un sistema de salud universal y gratuito.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

“Seguridad social universal” propuesta de Ernesto Enríquez,  
presidente del Consejo Técnico de la CNC<sup>26</sup>

Según el autor:

La seguridad social universal es un proyecto de cambio estructural de enorme importancia para el campo, a fin de evitar que su población, la más pobre del país –en especial las mujeres y los adultos mayores–, incurra en gastos catastróficos que agravarían su miseria o que siga teniendo altas tasas de mortalidad materno infantil (en algunos estados como Oaxaca o Chiapas 30 veces superiores, si las equiparamos con las del DF o Monterrey, situación inaceptable desde todo punto de vista) o de invalidez.

108

Como se advierte, su argumento se relaciona con la idea de la “seguridad social universal” como mecanismo de redistribución para los “productores del campo”. El autor, afirma que es posible cumplir con este “cambio estructural”, con: a) una gran disciplina, b) organización, c) recursos, d) honestidad y e) talento. Considera que el cambio se logrará en un plazo de “diez años por lo menos”, establece como condición un “hábil manejo político y de comunicación para evitar conflictos sindicales y entre derechohabientes”. Además, de operar “la necesaria separación del régimen de pensiones del de la prestación de servicios médicos”. También propone “ajustes a su régimen simplificado de tributación”, a través de una “Reforma hacendaria”, pero sin que provoquen una regresión en la equidad tributaria.

Su diagnóstico sobre el Sistema de Protección Social en Salud es que se trata de un modelo “fragmentado en diversas instituciones

<sup>26</sup> Documento en poder del autor.

lo que genera duplicidades, tanto de servicios como de beneficiarios”. Para resolverlo, afirma que:

La meta a lograr es la construcción de un sistema de protección a la salud universal no contributivo, con un financiamiento sustentable por la vía fiscal, que asegure la eficiencia en el uso de los recursos con mecanismos efectivos de rendición de cuentas, a fin de generar las condiciones mínimas de bienestar, equidad y salud que le permitan al país un desarrollo sostenido y uniforme. Adicionalmente que apoye a los “ciudadanos, especialmente a los de menores ingresos, ante situaciones de vulnerabilidad como las enfermedades, la pérdida de empleo o la vejez.

109

Al ocuparse de la “Prospectiva y Alternativas” el autor afirma que:

La cobertura universal se encuentra estrechamente vinculada al gasto en salud y sus fuentes de financiamiento: una sociedad en la cual el 100% del gasto en salud corresponde a gasto público, ha alcanzado la cobertura universal.

Al plasmar sus argumentos, en el tema: “Hacia la universalidad en el acceso a los servicios”, el licenciado Ernesto Enríquez propone:

Como punto de partida para iniciar con el proceso para implantar el modelo de protección universal de la salud propuesto por Enrique Peña, integrado o coordinado, cambio estructural de la mayor magnitud, se debe tener en cuenta, además de lo expuesto en párrafos anteriores.

Al recordar los argumentos sobre el tema, vertidos por Enrique Peña Nieto, el autor emite sus: “Objetivos rectores de una política pública para la universalidad en la protección de la salud”, entre éstos,

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

resalta: a) prevención como esencia de la salud; d) medicamentos seguros y eficaces; m) alcanzar la cobertura universal gratuita (acceso a servicios de calidad y a todos los medicamentos), incorporando estrategias para acercar los servicios (móviles itinerantes); n) consolidar la protección financiera en salud (por un sistema de salud gratuito, eficaz y sustentable), y ñ) reforzar la rectoría de la Secretaría de Salud, con esquemas eficientes de operación y funcionamiento entre los tres órdenes de gobierno (nuevo acuerdo de coordinación y descentralización) y entre instituciones de salud al mejorar la articulación de los diferentes esquemas de aseguramiento existentes.

Para lograr lo anterior, en el rubro de “Instrumentos transversales”, el autor alude a la “Reorganización del Sistema Nacional de Salud” a partir de:

110

Reformar el marco constitucional y legal actualizándolo para, en una primera etapa, lograr una operación articulada y coordinada con las entidades federativas y los diversos sistemas de aseguramiento bajo la rectoría del Gobierno Federal, para homologar servicios e intervenciones, estandarizar costos y formación de recurso humanos, equiparar infraestructura: hospitales regionales de alta especialidad; centros médicos nacionales; hospitales de zona, reservando el primero y segundo niveles de atención a las entidades hasta nivel jurisdiccional. En el caso de los institutos nacionales de salud, mantendrían su operación descentralizada por sus características únicas como centros generadores del conocimiento y formación y como soporte de todo el SNS. En esta fase se implantaría el modelo de reembolso por intervención y servicio, substituyendo las cuotas y aportaciones con financiamiento público. Consolidada esta etapa, se valoraría la pertinencia de llegar a una integración o continuar con un sistema plural, de acceso universal,

coextenso y coexistente en todo el territorio nacional, basado en la competencia por eficiencia y calidad y financiado con gasto público.

Como se advierte, esta propuesta coincide con la visión que sobre el tema, se plasma en el “Pacto por México”.

La propuesta de Santiago Levy (Empleo productivo, reforma fiscal y seguridad social universal)

En su propuesta Santiago Levy<sup>27</sup>, actual vicepresidente en el Banco Interamericano de Desarrollo, destaca que:

El problema central es que se invierte en empresas de baja productividad, y se crean empleos de baja productividad. Entonces, el reto es convertir empleos de baja productividad a empleos de alta productividad. Para crecer más rápidamente, necesitamos más empresas productivas y más empleos productivos. Afirma que: La informalidad es una fuente muy importante de pérdidas de productividad. Se genera por distorsiones del régimen fiscal y de seguri-

111

<sup>27</sup> El apoyo conceptual de Santiago Levy se encuentra en: Antón, Arturo, Hernández, Fausto and Levy, Santiago, *The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance*, November, 2011, visible en: <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/SLevy-Paperpdf.pdf>, consultada el 20 de diciembre de 2012. En el documento se resume: We propose a reform to shift taxation for social insurance from labor to consumption. We show that by setting a uniform value added tax rate of 16 percent it is possible to provide all workers with the same health and pension benefits and Hicks-compensate poor households for the VAT increase at a net fiscal cost of 0.3 percent of GDP. We argue that our proposal: (I) effectively protects all workers against risks, (II) reduces distortions in the labor market stemming from social insurance tax-cum-subsidies allowing for an increase in the real wage despite the higher VAT, (III) raises total factor productivity, (IV) contributes to reduce poverty and income inequality, (V) links contributions with benefits ensuring fiscal sustainability, (VI) increases aggregate savings for retirement, and (VII) reduces evasion and widens the tax base.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

dad social. Aquí nos enfocamos en la seguridad social como causa de informalidad y fuente de baja productividad.

Sostiene que la arquitectura Seguridad Social Contributiva (SSC) + Seguridad Social no Contributiva (SSNC) es mala política social y mala política económica ya que: a) la SSC genera un impuesto al empleo formal porque las empresas y trabajadores pagan por beneficios sociales que los trabajadores no valoran plenamente, y b) la SSNC genera un subsidio al empleo informal porque los trabajadores reciben beneficios sociales que ni ellos, ni las empresas, pagan directamente. Por lo anterior, para el autor: “Se gravan los empleos de alta productividad y se subsidian los empleos de baja productividad.”

112 Según Levy, México podría estar atrapado en un círculo vicioso de informalidad y baja productividad que va de empresas precarias, malos empleos y excesivo empleo por cuenta propia; a menor productividad y mayor evasión a más subsidios al sector informal y más impuestos al formal (o menos inversión pública); a programas sociales para trabajadores formales de baja calidad, más programas sociales para trabajadores informales.

En lo que se refiere a la incidencia de las contribuciones a la SSC, destaca que los trabajadores pagan 64% y las empresas 36%, por lo que en su opinión en ausencia de esas contribuciones, el salario sería más alto. Además, asienta que las contribuciones a la SSC son equivalentes a: un IVA etiquetado para beneficios de seguridad social, pero que sólo se aplica a los trabajadores formales. Afirma que: Dada la evasión, una homologación de la tasa del IVA al 16% reduce el salario real 4%. Destaca: “El mismo salario se puede recuperar reduciendo la tasa de SSC 22%.” Comenta el autor que, desde una perspectiva fiscal, el tema es qué fuente de recaudación genera más ingresos dadas las posibilidades de evadir cada impuesto.

En su opinión los “Puntos clave” son:

Los trabajadores formales ya pagan un IVA generalizado en la puerta de la fábrica (etiquetado para SSC), además pagan otro IVA con exenciones en la puerta de la tienda (no etiquetado, pero usado en parte para financiar la SS), y que: Los trabajadores informales no pagan ningún IVA en la puerta de la fábrica, y pagan un IVA igual al que pagan los formales en la puerta de la tienda.

Como se advierte la propuesta de Santiago Levy, tiene sentido sí y sólo sí se considera que las cuotas a la seguridad social son un impuesto, como lo destaca un “IVA generalizado”. En este sentido no es extraño que afirme:

113

Pero al castigar los empleos productivos y subsidiar los improductivos, el esquema hace que todos los trabajadores pierdan ya que los salarios son más bajos, además, el esquema segmenta permanentemente al país en un sector formal y en otro informal, en contra de la cohesión social.

Para superar lo anterior propone el Seguro de Salud Universal (SSU) que consiste en tres partes:

Parte I. Para todos los trabajadores: a) Seguro de salud igual al que hoy reciben los trabajadores formales (paquete IMSS), con contribución a su cuenta de retiro igual a las contribuciones tripartita que hoy día recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, pero durante toda su vida laboral (i.e., no sólo cuando es asalariado); b) Seguro de invalidez y vida con la cobertura que recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, c) Financiar el 100% de esos beneficios con recursos de una nueva contribución

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

para la seguridad social universal (CSSU) cobrada al mismo tiempo que el IVA.

Parte II. Además, para los asalariados: a) Seguro de riesgos de trabajo igual al que reciben los trabajadores afiliados al IMSS; b) Contribuciones complementarias para pensiones de retiro, de invalidez y vida. Garantía de pensión mínima de retiro después de 25 años de trabajo. Financiar estos beneficios con contribuciones patronales a la nómina.

Parte III. Medidas complementarias: a) Compensar a las familias pobres por el impacto de las mayores tasas de IVA. Eliminar el impuesto estatal a la nómina y compensar a los estados por la pérdida de recaudación. Absorción del pasivo laboral (RJP) del IMSS por parte del Gobierno Federal.

114

En lo que se refiere a la arquitectura fiscal y presupuestaria, señala que los impuestos del IVA y del CSSU sería un total del 16 % en donde el 6% equivaldría a la tasa de IVA para gasto público general; y el 10% restante correspondería a la tasa del CSSU con que se constituiría el Fondo Nacional para la Seguridad Social (FNSSU) y que correspondería a un apartado especial del Presupuesto Federal.

El FNSSU, a su vez, se conformaría de 3 fondos distintos: 1. Fondo para seguro de salud, que financiaría a los gobiernos estatales y al IMSS; 2. Fondo para seguro de retiro, que financiaría los Afores; y 3. Fondo para el seguro de invalidez y vida, que financiaría estos seguros también del IMSS.

Entre los “Objetivos del FNSSU” destaca sustentabilidad fiscal, entre ellos la recaudación por la CSSU es igual a los beneficios comprometidos. Señala que el Pleno financiamiento de los beneficios sociales que no es una fuente de desequilibrios fiscales o pasivos contingentes.

## Propuesta de FUNSALUD (universalidad de los servicios de salud)

En el Programa de Trabajo 2012-2013 de la Fundación Mexicana para la Salud, se señala que:

A partir del 2010 FUNSALUD inició el Proyecto para la Universalidad de los Servicios de Salud con el propósito de contribuir a la formulación de la política pública para mejorar el Sistema Nacional de Salud y garantizar la cobertura universal de servicios de salud.

Resalta que la propuesta de FUNSALUD para la universalidad implica una nueva Reforma del Sistema que fortalezca su eficiencia en el otorgamiento de servicios de salud a todos los mexicanos con equidad, haciendo efectivo el derecho a la salud consignado en la Constitución.

115

Por lo anterior, se revisaron las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud, identificando un importante avance sobre la integración funcional entre las instituciones del sector público coordinadas por la Secretaría de Salud y se ha aumentado considerablemente la afiliación de personas a estas instituciones; sin embargo esto no ha sido suficiente para atender las condiciones que todavía persisten en el Sistema Nacional de Salud, como problemas la segregación del sistema y las crisis financieras de las instituciones, lo que impide que la prestación de servicios sea eficiente y restringe la viabilidad de la universalidad de los servicios de salud.

El análisis de la cobertura en salud en nuestro país, de acuerdo a las tres vertientes propuestas por la OMS, refleja que la vertiente más rezagada es la de compartición de gastos. Este es el aspecto clave en la nueva reforma del sector.

Para conducir los pasos de una nueva Reforma al Sistema Nacional de Salud, FUNSALUD identificó dentro de su proyecto los

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

siguientes temas de trabajo como elementos esenciales: a) el financiamiento de la salud a través de impuestos generales; b) la separación de funciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente la separación del financiamiento y la prestación; c) la pluralidad en la articulación y prestación de servicios de salud; y d) el desarrollo de una agenda legislativa para la reforma sanitaria y contributiva.

En otro documento denominado:

Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde FUNSALUD<sup>28</sup>, se propone la “reorganización de funciones del sistema nacional de salud que implicaría sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conserve solamente la función rectora, el financiamiento sea a través de un fondo único sustentado en impuestos generales, la función de articulación, es decir la gestión entre el proceso del financiamiento y la prestación sea explícita a cargo de las instituciones públicas y privadas, y la prestación de servicios se otorgue a través de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

116

Como se advierte, ni la propuesta de seguridad social universal, ni la idea de empleo productivo, reforma fiscal y seguridad social universal, o la de universalidad de los servicios de salud, generan un modelo de atención a la salud universal. El primero no rompe con la dispersión en los servicios de salud, además, generan severos problemas en el financiamiento; la idea de Santiago Levy invierte el foco del problema, el tema no es la salud sino el empleo; la propuesta de FUNSALUD es

<sup>28</sup> Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde FUNSALUD, documento en poder de los autores, p. 12.

de orden administrativo, tampoco se enfoca en los temas de salud. Sin embargo, hay un avance al considerar la idea de un financiamiento a la salud sustentado en “impuestos generales”. Todas estas propuestas son expresiones de la medicina “gerenciada”.

La crítica de Octavio Rivero Serrano al sistema de medicina gerenciada se mantiene vigente, así este autor afirma:

Hay que mencionar que en la medicina institucional se interponen en la acción médica los innumerables trámites administrativos que tiene que sufrir el paciente. En la medicina privada los trámites con ajustadores de seguros y después con los administrativos que autorizan el pago de los gastos efectuados. Lo peor es que la relación médico paciente se encuentra intervenida y ésta, al estarlo, disminuye la confianza del paciente.

En la medicina de corte público, en las instalaciones del Estado, la medicina se encuentra en manos de políticos, de economistas y de administradores. En ella intervienen intereses políticos, intereses de los sindicatos, y una cauda de empleados administrativos que se llevan los recursos que deberían destinarse a la atención de los enfermos. En la medicina privada, que se encuentra en manos de inversionistas, el médico debe laborar en un entorno en el que los dueños de los consorcios privados estimulan la productividad de la inversión. Aquí se encuentra intervenida la medicina por factores propios y hasta deseables o justos en la industria.<sup>29</sup>

Pero la crítica más significativa se enfoca en la cuestión de que ninguno de estos desarrollos hace realidad el derecho humano a la

<sup>29</sup> Véase: Rivero Serrano, Octavio, “La Medicina Actual Intervenida”, Seminario: El ejercicio actual de la medicina, visible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct\\_02\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html), documento en poder del autor.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

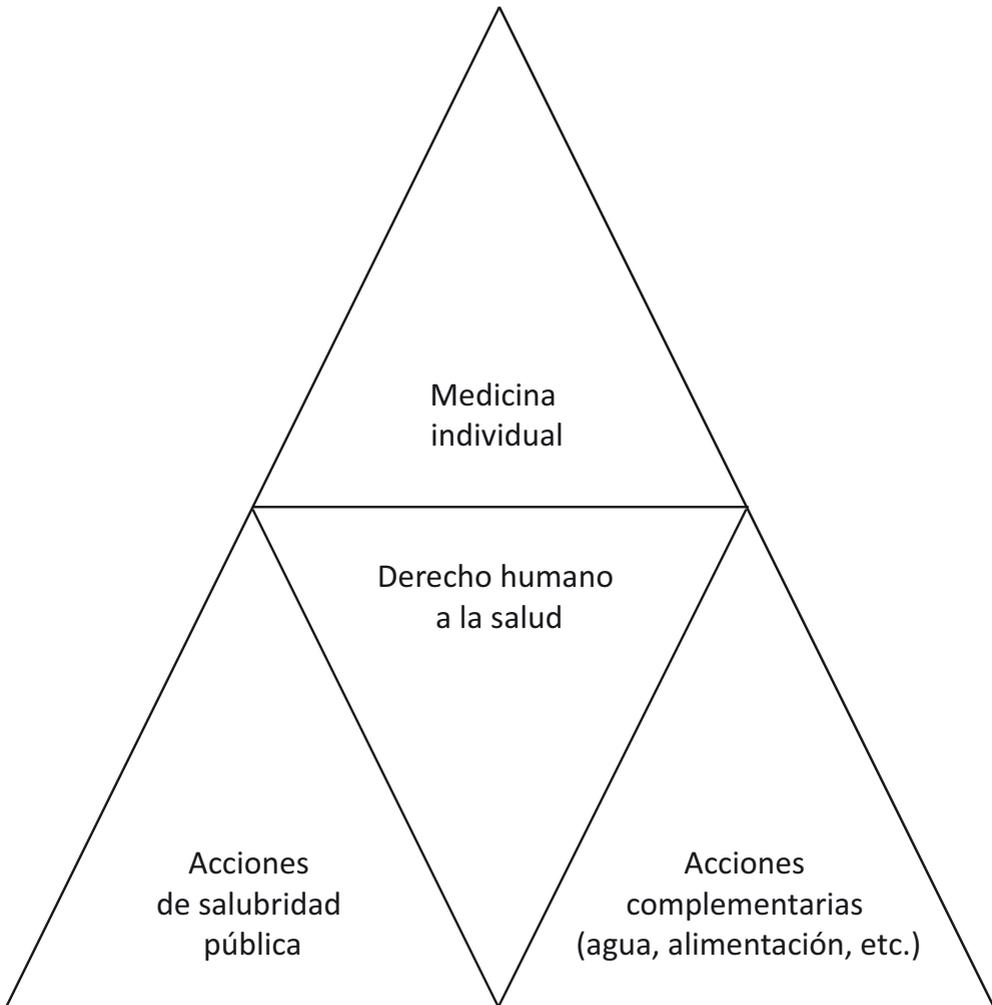
salud delimitado en la Observación General 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, más bien parecen propuestas que se emparentan con la noción de “cobertura sanitaria universal” propuesta por la Organización Mundial de la Salud, cuyo único fin es propiciar utilidades para los negociantes de la medicina.

Además, para eliminar toda la retórica de carácter económico que se advierte en las posturas mencionadas, bastaría una simple reforma al artículo 35 de la Ley General de Salud para instaurar un sistema de salud universal y gratuito en México.

Modelo de atención a la salud de Fernando Cano,  
Daniel Márquez y Pastora Melgar

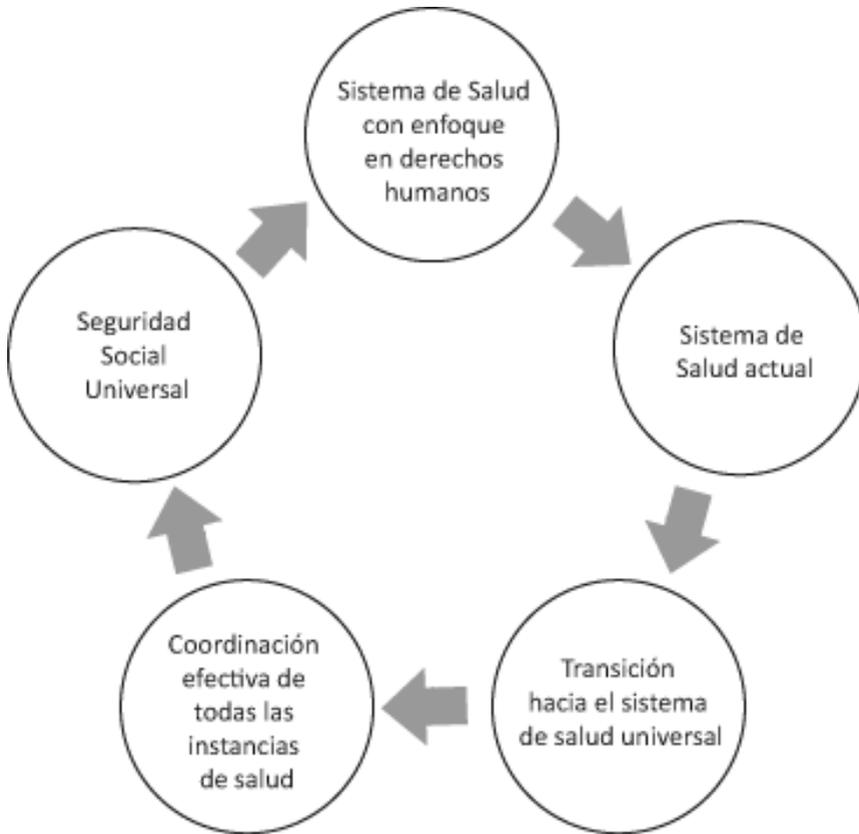
- 118 En el libro *Medicina y estructuras jurídico-administrativas*,<sup>30</sup> después de argumentar en torno a la complejidad del sistema de salud, segmentado, caro, con diversas carencias de personal y camas; en algunos casos, sobre todo en atención a la emergencia sanitaria, o sea, un sistema disfuncional. Los autores mostraron las interacciones entre un sistema de salud con enfoque en derechos humanos, las acciones de medicina individual, las acciones colectivas preventivas (salubridad pública) y las acciones complementarias (agua potable, alcantarillado, alimentación, etc.), como elementos sustantivos del derecho humano a la salud.

<sup>30</sup> Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez, Daniel, Melgar, Pastora. *Medicina y estructuras jurídico administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. México: IJ-UNAM, 2014, pp. 299 y ss.



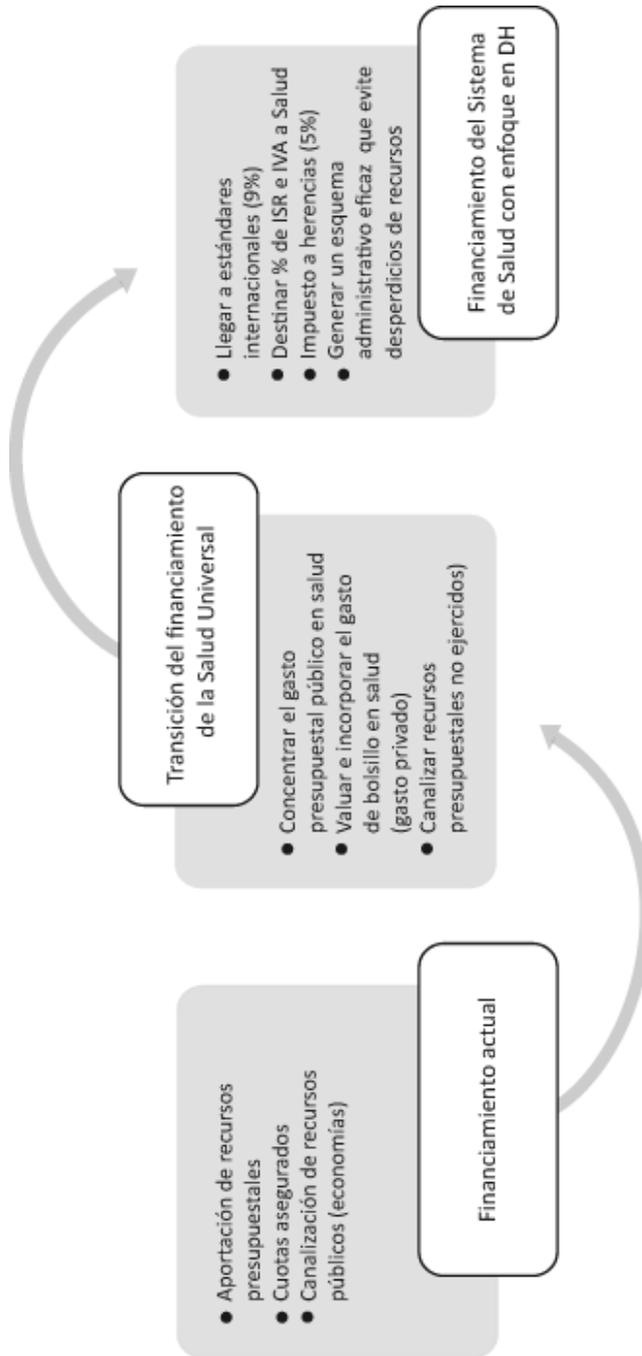
También se destacó que del apartado dogmático de una constitución y desde la perspectiva de los derechos humanos, no existe problema para otorgar prestaciones universales en salud a todos los habitantes del país, en términos del gráfico siguiente:

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México



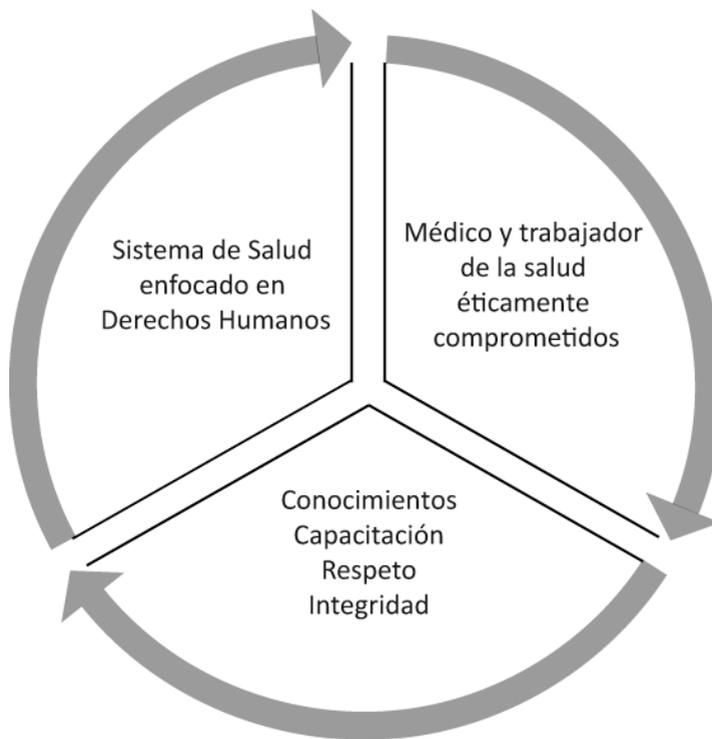
120

Afirmamos que el debate puede estar en si es necesario, además de otorgar prestaciones universales en materia de salud y medicina, extender ese proceso a otra clase de prestaciones integradas en lo que se conoce como previsión social o seguridad social, sin que consideremos sinónimos a ambos conceptos, como son los seguros de desempleo, para madres trabajadoras y adultos mayores. En materia de financiamiento destacamos que la transición económica se muestra en el cuadro siguiente:



## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

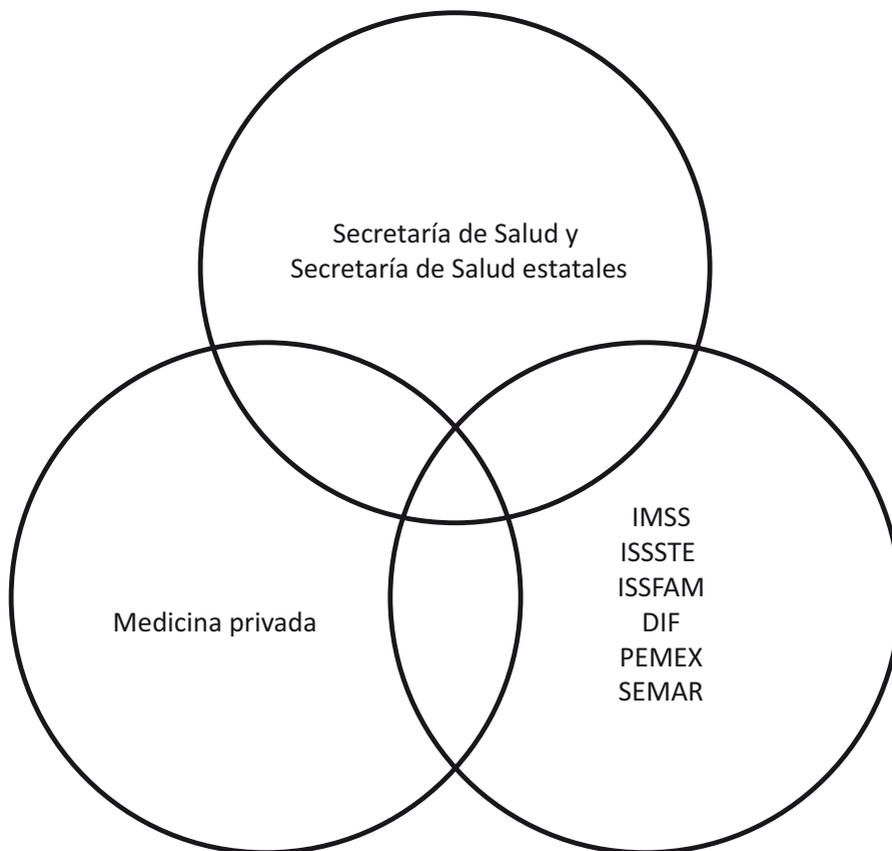
Además, proponemos que las prioridades de gasto en salud deben canalizarse al derecho humano, al personal médico y hospitalario y a un programa de incentivos de permanencia a todo el personal de salud, como se muestra en el cuadro siguiente.



122

Afirmamos la necesidad de generar una atención médica plural, apoyada en la sinergia medicina pública-privada, lo que implica la integración global de servicios de salud, tanto los que se prestan a nivel público como los que se dan en los espacios privados. Nos pronunciamos a favor de un programa de consultorios populares, apoyados por la iniciativa privada médica, a precios módicos, cuya factura se pagará por el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, lo que parecía una buena respuesta para hacer efectivo el

derecho humano a la salud, mejorar la salud de los mexicanos e impulsar la economía nacional. Por lo que destacamos las interacciones de una posible estructura derivada de ese proceso:



Así afirmamos que toda la organización administrativa se debe volcar hacia nuevos procesos que permitan el logro de los objetivos propuestos. En nuestra opinión el nuevo esquema del sistema de salud a nivel país se sustentaría en una Secretaría de Salud operando

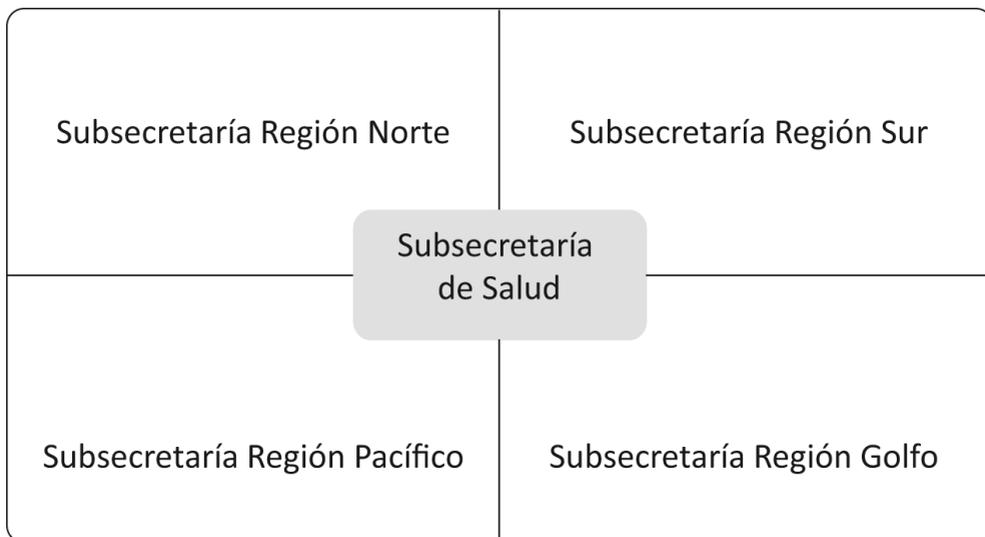
## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

como agente central único, generador de políticas en materia de salud para todo el país, comprador universal de insumos para la salud y pagador único de servicios prestados en el marco del derecho humano a la salud y el acceso universal a la medicina.

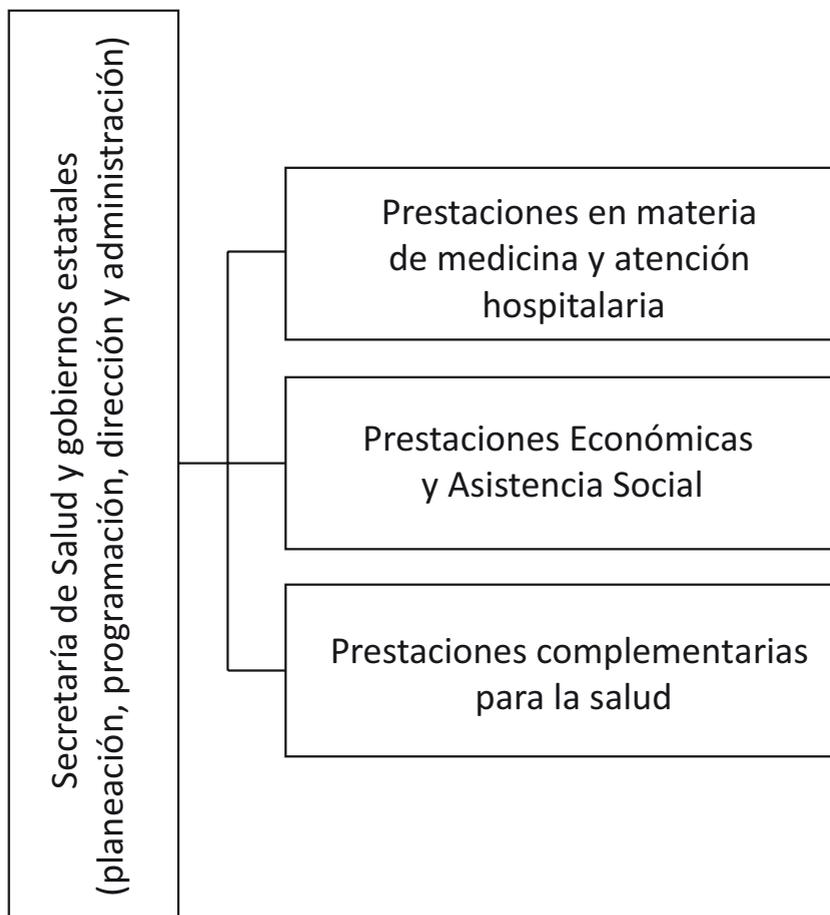
La división del país se podría hacer en cuatro regiones donde operarían cuatro subsecretarías, como se muestra en el cuadro.

En el núcleo de la Secretaría de Salud quedarían las funciones de dirección, planeación y finanzas. En cambio, en cada subsecretaría los procesos de atención médica de primer, segundo y tercer niveles, otorgando el acceso universal a la medicina.

124



Esta estructura podría ser de transición, permitiendo en el futuro el avance hacia un sistema de salud integrado funcionalmente como se muestra en el siguiente cuadro:

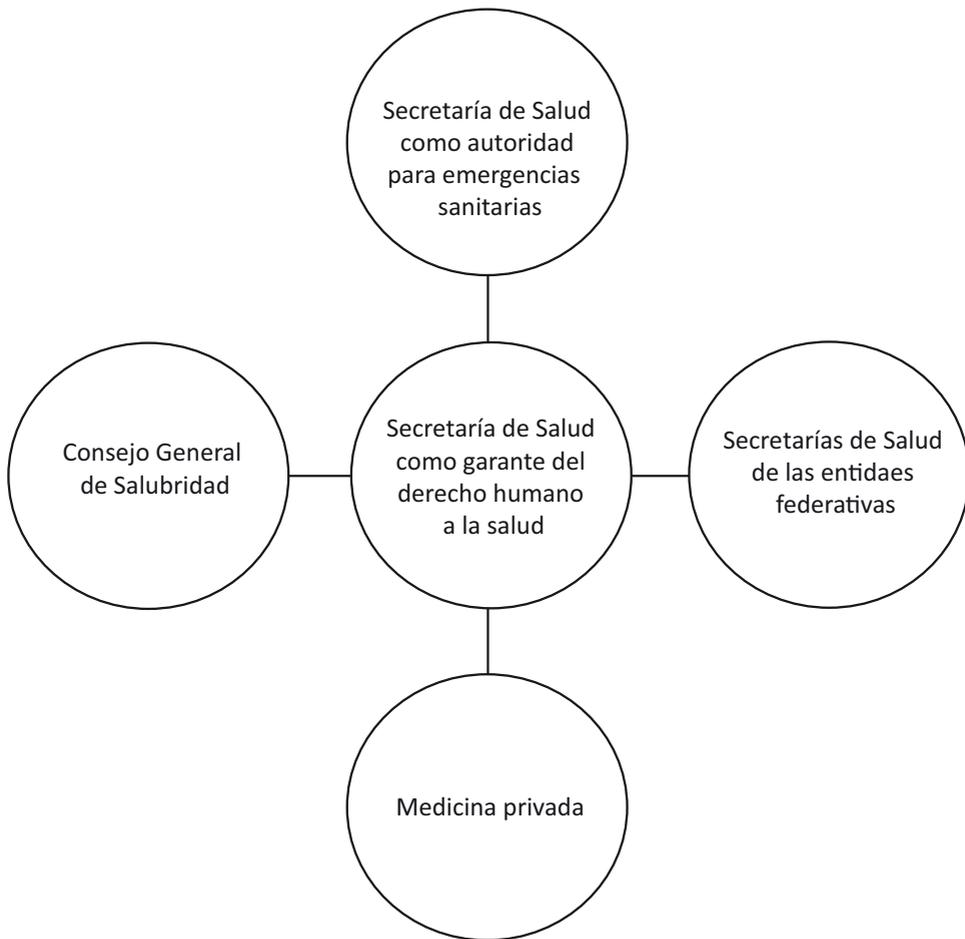


Una estructura de estas características permite un enfoque integral en materia de salud, en tres ejes: a) el cuidado de la salud, b) las prestaciones económicas vinculadas a la seguridad social, y c) las prestaciones complementarias (agua potable, alimentos, alcantarillado, medio ambiente, etc.), así, podíamos contar con las bases de un nuevo modelo de sistema de salud para México.

Por lo anterior afirmábamos que un esquema de estas características articulaba los recursos del país en materia de salud hacía el logro del objetivo común: el enfoque en derechos humanos para la salud.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---



126

Aunque la propuesta tiene la ventaja de que sí desarrolla un modelo, sin embargo, en una nueva lectura del tema debo mencionar mi insatisfacción, no sólo porque no resuelve el problema del financiamiento, sino porque falta integrar a ésta el papel asignado a los médicos en el derecho humano a la salud, además, aunque a nivel macro se apuesta a la descentralización, no se advierte cómo se puede llevar ese proceso al nivel micro, en donde se encuentran los demandantes de los servicios de salud.

En este sentido, debemos recordar que: Los resultados muestran que la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida que influyen en la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos, fundamentalmente el trabajo y la alimentación, ubican a la salud como un bien no prioritario. A pesar de ello, son los niños, por su percepción de mayor vulnerabilidad, los sujetos que reciben mayor atención en cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención.<sup>31</sup>

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

Después de destacar las experiencias de otros momentos, ante la existencia del ciclo salud-enfermedad-atención, consideramos como punto de partida básico para cualquier sistema de salud la solidaridad. Estimamos que ninguna persona, por pudiente que sea, está en posibilidad de enfrentar los temas y problemas relacionados con el ciclo salud-enfermedad-atención por sí misma. Afirmamos, también, que es de justicia elemental que exista un sistema de salud universal financiado a través de impuestos generales, que tenga como regla la solidaridad transversal de los temas y problemas relacionados con la prevención y restauración de la salud, y que también genere una solidaridad transgeneracional, o sea, que los beneficios asociados a un sistema de estas características no puedan ser secuestrados en perjuicio de las generaciones futuras.

Por lo anterior, para aprovechar el contenido del artículo 35 de la Ley General de Salud, nos pronunciamos a favor del modelo

127

<sup>31</sup> Sacchi, Mónica, Hausberger, Margarita, y Pereyra, Adriana. "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta". *Salud colectiva*, v.3 n.3 Lanús sept-dic. 2007, visible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005), consultada el 13 de junio de 2017.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

“Beveridge” de salud, vía un catálogo universal de servicios de salud gratuitos, canalizando rubros generales y específicos presupuestales a su financiamiento. Lo anterior significa un rechazo a la medicina gerenciada o de la línea de producción y constituye un alegato para rescatar la relación casi familiar que en el pasado existía entre el médico y el paciente.

El rechazo a la medicina de la “línea de producción” no es gratuito. Como lo destaca Octavio Rivero Serrano:

La organización de una medicina concebida como una industria es un cambio que no es positivo. Los cambios en los sistemas de atención a la salud, en la estructura de la medicina en instituciones o en la llamada medicina privada, no sólo han encarecido la medicina, han intervenido la esencia del acto médico y en ocasiones no sólo han ocasionado una medicina intervenida, sino vulneran los principios de una medicina ética.<sup>32</sup>

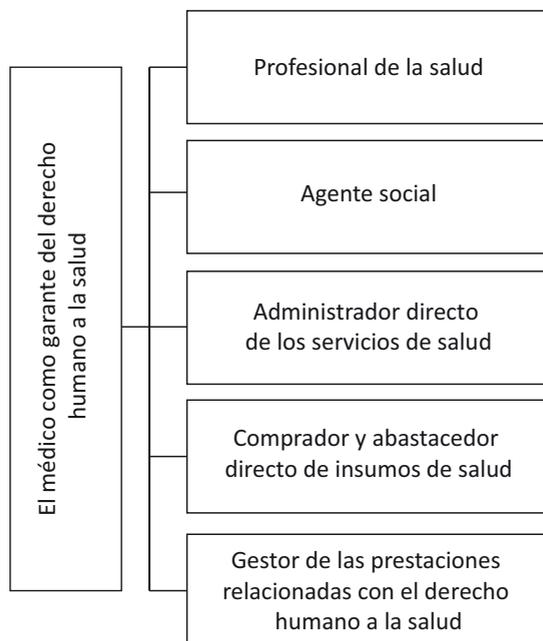
128

Como se advierte, en nuestra propuesta requerimos que en el sistema mexicano de salud cobren una nueva centralidad los especialistas en salud, en particular los médicos. El médico es el garante real del derecho humano a la salud, por lo que se debe dotar de todas las herramientas y medios para hacer posible esa labor.

El médico no sólo es un profesional de la salud, también es un agente social, un administrador de servicios de salud, un comprador y abastecedor de insumos para la salud, por lo que debería ser el gestor natural de los bienes (agua, alimentos, ambiente, etc.) necesarios para la salud. En este sentido, en nuestra opinión, al médico,

<sup>32</sup> Véase: Rivero Serrano, Octavio, “La Medicina Actual Intervenida”, en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct\\_02\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html), documento en poder del autor.

se le debería considerar, en el contexto del derecho humano a la salud, como:



Lo anterior nos lleva a revalorar el papel que juegan las estructuras médico-administrativas. Es evidente que para hacer efectivo el derecho humano a la salud, en los términos delimitados en la Observación General 14, arriba analizada, se requieren estructuras administrativas humanas, amigables, sin carencias y con mecanismos de atención expedita y rápida.

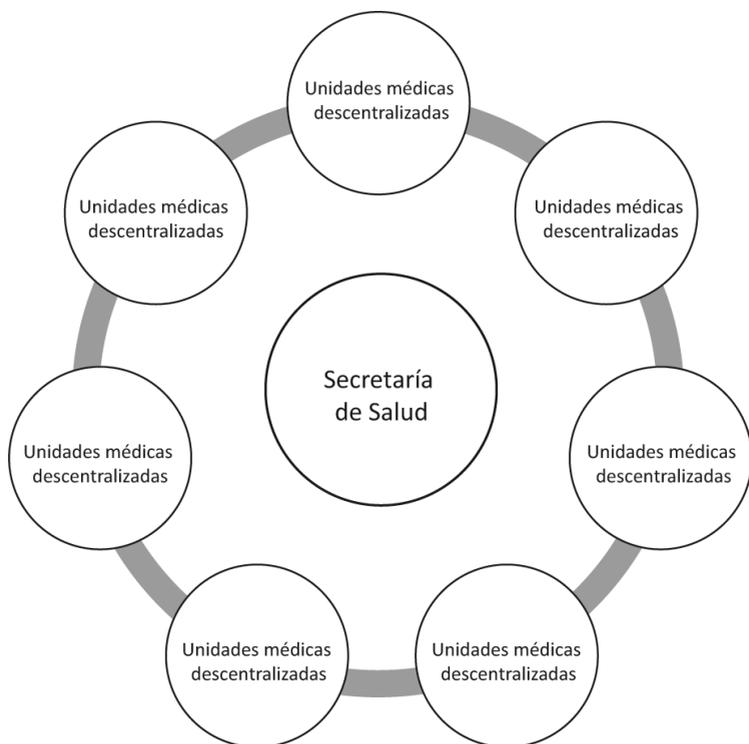
De los tipos de estructuras administrativas que actualmente se conocen: centralizadas, desconcentradas y descentralizadas, estimamos que la medicina debería apoyarse en organismos descentralizados, bajo la dirección de uno o varios médicos (cuerpos colegiados de especialistas que practiquen en esos espacios), con el apoyo de otros profesionales de la salud (enfermeras, químicos, radiólogos, laboratoristas, etc.), trabajadores sociales y administradores.

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

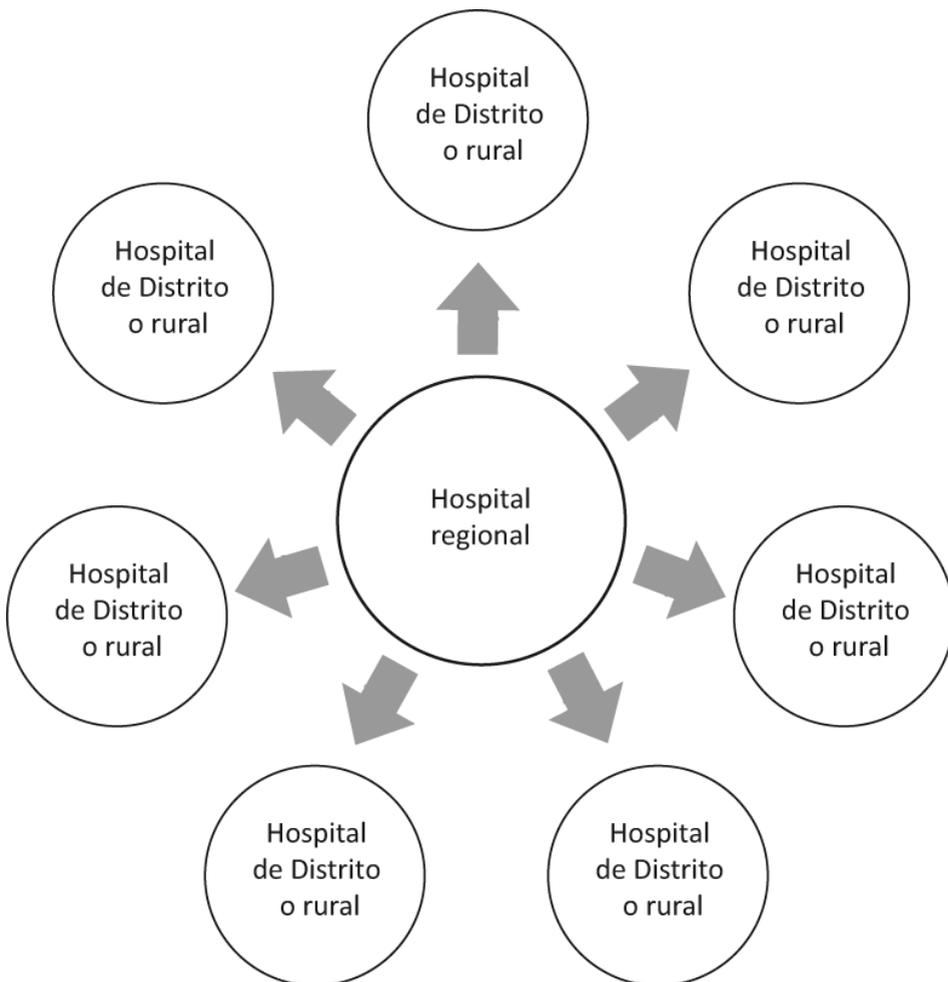
En nuestra opinión, los médicos, con énfasis en los aspectos preventivos y restauradores de la medicina, y anteponiendo como norma primaria los derechos humanos de los demandantes de los servicios de salud, deben contar con facultades y competencias específicas en todas las materias asociadas a la salud, excepto planeación y programación generales, que recaerían en el coordinador del sector (la Secretaría del ramo). Aunque podrían generar programas de salud regionales, estatales, municipales o comunitarios, según su ámbito de competencia.

Lo anterior nos lleva a una descentralización real de los servicios de salud. Los hospitales serían como pequeños universos en materia de salud, con fuertes vínculos de coordinación con otros prestadores de bienes relacionados con el derecho humano a la salud. En un nivel más nuclear tendríamos:

130



Las flechas muestran la salida de facultades del órgano central hacia las unidades periféricas. Por supuesto, este sistema no es una novedad, porque como lo destacan R. Llewelyn-Davies y H.M.C. Macaulay, el sistema de regionalización consiste en colocar bajo un control administrativo general y unificado, los servicios hospitalarios

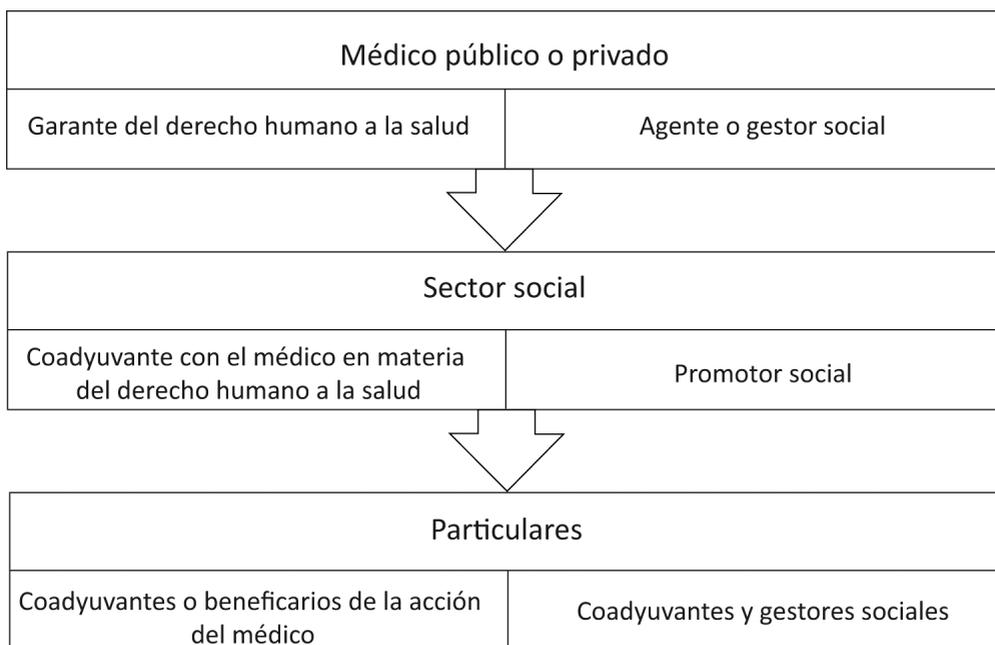


Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

y de salud pública de una extensa zona, que comprenda millones de personas.<sup>33</sup> No obstante, la novedad del planteamiento radica en el carácter “autárquico” de los hospitales menores y el papel que jugarán los médicos y demás profesionales de la salud en su administración.

En el cuadro siguiente se muestran las interacciones entre las personas físicas y morales, en el nuevo modelo de atención a salud:

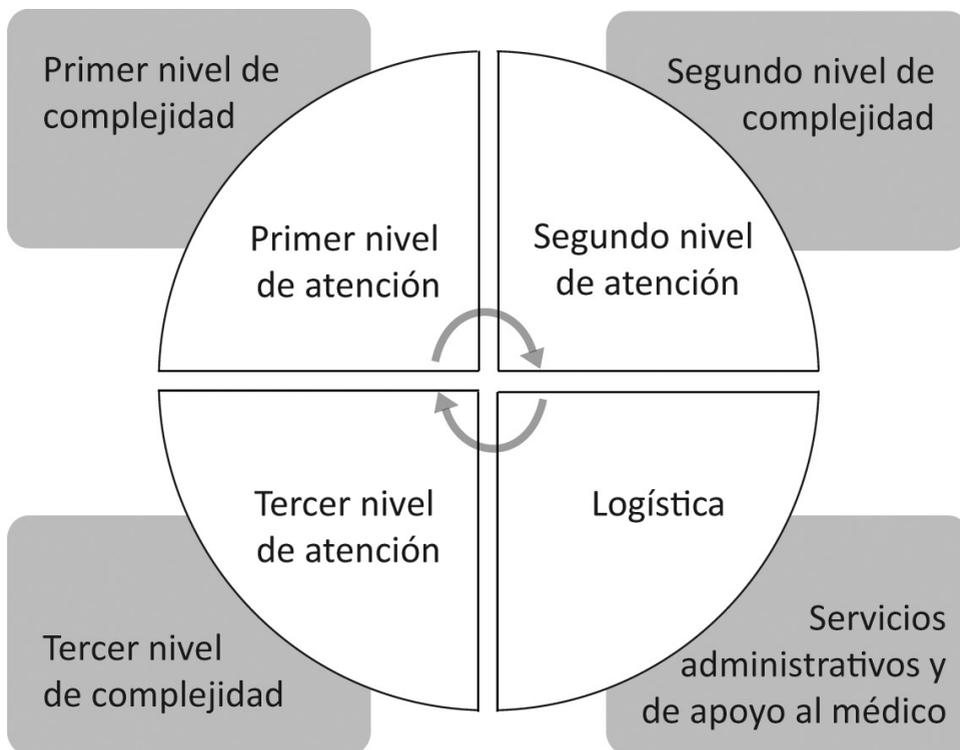
132



<sup>33</sup> Llewelyn-Davies, R., y Macaulay, H.M.C., *Planificación y administración de hospitales*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1969, p. 9.

Como se advierte, la idea es aprovechar los recursos humanos y de infraestructura sanitaria con las que cuenta el país. En el caso de los médicos se les asigna un papel de importancia como garantes del derecho humano a la salud y las prestaciones conexas para hacerlo efectivo, además, se les considera los agentes sociales por excelencia. Los sectores social y privado son coadyuvantes con el médico en lo que se refiere a la eficacia del derecho humano a la salud. Además, contribuyen en la gestión social.

En este sentido, en materia de servicios de salud, podemos destacar la importancia de los niveles de complejidad y la logística, sin olvidar que entendemos a ésta última, como un conjunto de los medios necesarios para llevar a cabo un fin determinado de un proceso complicado.



## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

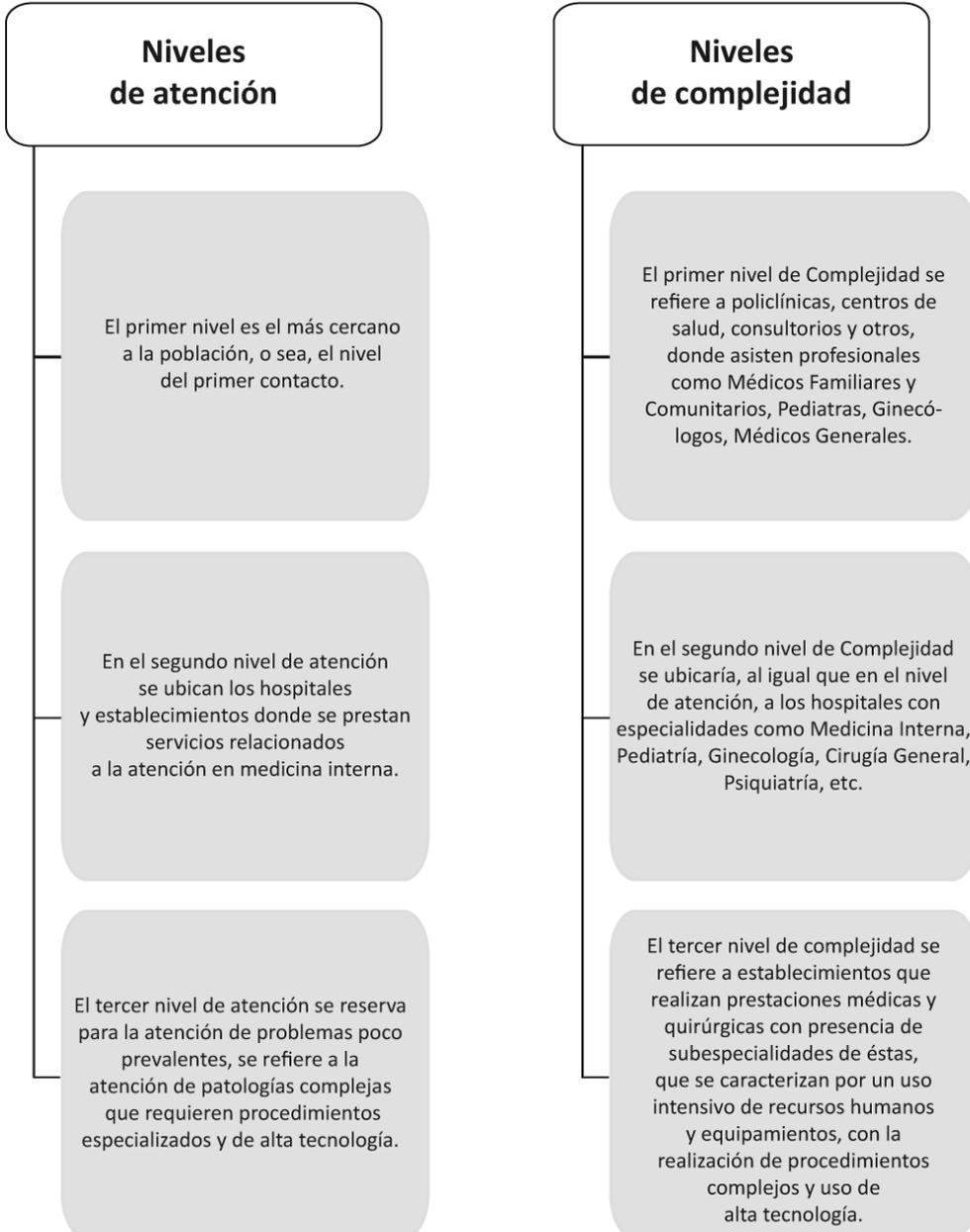
Otro aspecto importante se relaciona con los niveles de atención y complejidad. Se definen niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Por su parte, se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento.<sup>34</sup>

134 Su trascendencia rápida, es que en el primer nivel de atención se resuelven las necesidades de atención básicas y más frecuentes, relacionadas con actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación, se puede decir que es la puerta de entrada al sistema de salud. Aquí las estructuras sanitarias son de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En este nivel se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes; además, en conjunción con el segundo nivel, puede resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. Por último, el tercer nivel resuelve aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.<sup>35</sup>

Las interacciones entre los niveles de atención y complejidad se muestran en el cuadro siguiente:

<sup>34</sup> Julio, Vignolo, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, y Sosa, Alicia, "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud", *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14 11, en Prensa Médica Latinoamericana, visible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>, consultado el 6 de junio de 2017.

<sup>35</sup> *Ibidem*.



## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

Como se advierte, aquí construimos un nuevo modelo de atención médica privilegiando el enfoque de derechos humanos. Por supuesto, este modelo es perfectible, pero invariablemente debe financiarse con impuestos.

Frente al problema que plantea la medicina gerenciada para la vigencia del derecho humano a la salud, Octavio Rivero Serrano se pregunta y responde:

136 ¿La solución antes de mayores daños a una profesión eminentemente de corte humanístico y social? Que el Estado asuma su responsabilidad y ofrezca, como ya lo hacen otros países en el mundo, atención a la salud en forma universal a todos los habitantes de México, con la misma accesibilidad a los servicios, con instalaciones semejantes en los diversos subsistemas de salud, y con idéntica calidad.<sup>36</sup>

Como se advierte, estas ideas, con sus límites, pueden contribuir a generar un debate necesario, que trascienda el simple contexto del financiamiento y que plantee de nueva cuenta un papel activo del médico en los temas de salud, pero que incluso, vaya al fondo del problema, el propiciar que el médico —como agente social— se involucre en las prestaciones conexas a la vigencia derecho humano a la salud, con eficientes estructuras de apoyo logístico a su labor médica.

<sup>36</sup> Rivero Serrano, Octavio, “La Medicina Actual...”

## Referencias

- Achinstern, Peter, *Los modelos teóricos*. México: UNAM, 1987, pp. 6-10.
- Antón, Arturo, Hernández, Fausto and Levy, Santiago, The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance, November, 2011, visible en: <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/SLevy-Paperpdf.pdf>, consultada el 20 de diciembre de 2012.
- Aracil Javier, *Dinámica de sistemas*. Madrid: Isdefe, 1995.
- Aracil Javier, *Introducción a la dinámica de sistemas*. Madrid: Alianza, 1993.
- Bertalanffy, Ludwig (von), An Outline of General System Theory (1950), visible en: [http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/r/Bertalanffy1950-GST\\_Outline\\_SELECT.pdf](http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/r/Bertalanffy1950-GST_Outline_SELECT.pdf), consultado el 5 de junio de 2017.
- Both NHS England and CCGs Have a Duty to Involve their Patients, Carers and the Public in Decisions about the Services they Commission. Visible en: (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>, consultado el 29 de abril de 2017.
- Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez, Daniel, Melgar, Pastora, *Medicina y estructuras jurídico administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. México: IJ-UNAM, 2014.
- Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.
- Galeana de la O., Silvia, “La construcción de modelos: una alternativa metodológica de intervención y de teorización”, en: Galeana de la O., Silvia (coord.), *Promoción social una opción metodológica*. México: Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM y Plaza y Valdés, 1999.
- De Val-Pardo, Isabel, y Corella, José María, *Salud, sanidad y política sanitaria. Diagnóstico y planificación*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- Egg A., *Técnicas de investigación social*. Argentina: Cid, 1981, p. 64.

Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

---

Johansen Bertoglio, Oscar, *Introducción a la teoría general de sistemas*. México, Limusa, 2004.

Julio, Vignolo, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, y Sosa, Alicia, "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud", *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14 11, en *Prensa Médica Latinoamericana*, visible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>, consultado el 6 de junio de 2017.

Llewelyn-Davies, R., y Macaulay, H.M.C., *Planificación y administración de hospitales*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1969, p. 9.

OMS, ¿Qué es un sistema de salud?, visible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, consultado el 12 de junio de 2017.

138 Organización de la Naciones Unidas, Asamblea General, "Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015". Distr. General 21 de octubre de 2015, Septuagésimo período de sesiones. Temas 15 y 116 del programa. A/RES/70/1.

Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos Núm. 122, *Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Función de los hospitales en los programas de protección a la salud*, Ginebra, OMS, 1957.

"Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde FUNSALUD", documento en poder de los autores.

Rivero Serrano, Octavio, "La medicina actual intervenida", Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina, visible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct\\_02\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html), octubre de 2008, documento en poder del autor.

Sacchi, Mónica, Hausberger, Margarita, y Pereyra, Adriana, "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta", *Salud colectiva*, v.3 n.3 Lanús sept-dic. 2007, visible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005), consultada el 13 de junio de 2017.

Sámamo Guerra, Francisco Javier, Fernández González, Héctor, Pérez Padilla, Rogelio, Páramo Díaz, Marcelo, Iñarritu, Alfredo, y Flores Hidalgo, Héctor, “Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México”, en *Anales Médicos*, vol. 48, núm. 1, enero-marzo de 2003.

*Sistema de Información Sanitaria, Los Sistemas Sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Thomas R. Reardon M.D., President Speeches American Medical Association, [www.ama.org](http://www.ama.org).

Torres Nafarrete, Javier, *Introducción a la teoría de sistemas de Niklas Luhmann*. México: UNAM, 1999.

Wilson, B., *Sistemas: concepto, metodología y aplicaciones*. México: Limusa: 1993.